LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS 2014

Résultats et analyses

Québec

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS 2014

Résultats et analyses

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être
Robert Salois

Directrice générale
Anne Robitaille

Commissaire adjointe à l'éthique et à l'appréciation
Ghislaine Cleret de Langavant

Rédaction et mise à jour
Félix Dugas
Agent de recherche

Avec la collaboration de
Geneviève Tremblay
Agente de recherche

Graphisme
Concept de la couverture
Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie
Pouliot Guay graphistes

Révision linguistique et édition
Anne-Marie Labbé

Le présent document est disponible dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2014

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-550-70349-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-70350-1 (PDF)

Note Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

La production de ce rapport résulte de la participation de plusieurs personnes. Nous tenons à souligner la contribution de tous nos collaborateurs pour leur apport substantiel à notre démarche et leur soutien scientifique. Nous tenons aussi à remercier particulièrement les personnes suivantes :

Danielle Auger	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Isabelle Aumont	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
André Bastien	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Danielle Bégin	Ministère de la Santé et des Services sociaux
François Béland	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Mike Benigeri	Consultant en gestion de l'information
Pierre Bouchard	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Kinga David	Institut canadien d'information sur la santé
François Dubé	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nancy Grenier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvain Haince	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jacqueline Hébert	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Johanne Labbé	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nathalie Labrecque	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Josée Lavigne	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Pierre Legault	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Claude Lemay	Institut canadien d'information sur la santé
Michelina Mancuso	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Brigitte Moreau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Stéphanie Morin	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Mélanie Rainville	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Alain Saucier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Geneviève Ste-Marie	Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
Madeleine Tremblay	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Simon Tremblay	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Denise Trudel	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jeremy Veillard	Institut canadien d'information sur la santé

TABLE DES MATIÈRES

Réalisation II
Remerciements III
Liste des figures VI
Liste des tableaux VIII
Mot du commissaire XI

L'appréciation de la performance par le Commissaire: un modèle en évolution. . 1
Le cadre d'analyse de la performance 1
La sélection des indicateurs et le choix des balises d'excellence 5
Le calcul des résultats par dimensions et sous-dimensions 6
Les limites de l'analyse 11

La performance à l'échelle provinciale 13
Analyse des dimensions de la performance au niveau provincial 14
Adaptation 14
Production 18
Atteinte des buts 22
Analyse des relations entre les fonctions de la performance au niveau provincial 25
Alignement allocatif 25
Analyse de l'efficience 27
Arbitrage de production 28
Réussites et défis pour le Québec 33

La performance à l'échelle des régions du Québec 49

Analyse des dimensions de la performance au niveau régional 51

Adaptation 51

Production 55

Maintien et développement 59

Atteinte des buts 60

Analyse des relations entre les fonctions de la performance au niveau régional 63

Alignement contextuel 63

Alignement tactique 65

Analyse de l'efficience 66

Arbitrage de production 67

Réussites et défis pour les régions du Québec 69

Synthèse 101

Mieux s'adapter pour accroître l'accessibilité, la continuité et la coordination 101

La qualité des soins pour un système efficace 102

La qualité de vie au travail, un vecteur de la performance en santé et en services sociaux 103

Conclusion 105

Annexe 107

Médiagraphie 113

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Cadre d'analyse de la performance 3

Figure 2 Différents niveaux d'analyse de la performance 4

Figure 3 Modèle de graphique d'alignement allocatif. 7

Figure 4 Modèle de graphique d'alignement contextuel 8

Figure 5 Modèle de graphique d'alignement tactique 9

Figure 6 Modèle de graphique d'arbitrage de production 10

Figure 7 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'adaptation au Québec et au Canada 17

Figure 8 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction de production au Québec et au Canada 21

Figure 9 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'atteinte des buts au Québec et au Canada. 24

Figure 10 Analyse provinciale de l'alignement allocatif entre l'innovation et transformation et la continuité et coordination . . 26

Figure 11 Analyse provinciale de l'efficience : écart entre la dimension de la disponibilité des ressources et certaines dimensions de la performance 27

Figure 12 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la productivité 29

Figure 13 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre l'accessibilité et la qualité technique 30

Figure 14 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la continuité et coordination. 31

Figure 15 Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la productivité et la continuité et coordination 32

Figure 16 Groupes de régions. 49

Figure 17 Analyse régionale de l'alignement contextuel entre la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre et la qualité de vie au travail 64

Figure 18 Analyse régionale de l'alignement tactique entre la qualité technique et l'efficacité 65

Figure 19 Analyse régionale de l'efficience 66

Figure 20 Analyse régionale de l'arbitrage de production entre l'accessibilité et la qualité technique 67

Figure 21 Analyse régionale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la productivité 68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau provincial 14

Tableau 2 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau provincial 18

Tableau 3 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau provincial 22

Tableau 4 Tableau de données comparatives interprovinciales – Adaptation . . 34

Tableau 5 Tableau de données comparatives interprovinciales – Production . . 38

Tableau 6 Tableau de données comparatives interprovinciales – Atteinte des buts. 42

Tableau 7 Tableau de données comparatives interprovinciales – Panorama sociosanitaire de la population. 46

Tableau 8 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau régional 51

Tableau 9 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau régional 55

Tableau 10 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de maintien et développement au niveau régional. 59

Tableau 11 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau régional 60

Tableau 12 Tableau de données comparatives interrégionales – Adaptation. . . 72

Tableau 13 Tableau de données comparatives interrégionales – Production. . . 82

Tableau 14 Tableau de données comparatives interrégionales – Maintien et développement 92

Tableau 15 Tableau de données comparatives interrégionales – Atteinte des buts. 94

Tableau 16 Tableau de données comparatives interrégionales – Panorama sociosanitaire de la population. 98

Tableau 17 Résultats de balisage provinciaux en fonction des balises internationales. 108

MOT DU COMMISSAIRE

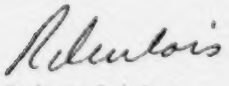
Voici l'édition 2014 de notre rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Je suis une fois de plus ravi de présenter cet outil de référence qui s'adresse tant aux décideurs qu'à tous ceux et celles qui désirent mieux comprendre cette institution complexe et dynamique qu'est le système de santé et de services sociaux québécois.

Pour la première fois l'an dernier, nous avons présenté notre appréciation de la performance globale du système dans une publication distincte de notre rapport thématique. Afin d'assurer un suivi régulier des résultats atteints par notre système, nous poursuivons dans la même voie avec une mise à jour de ce rapport sur la performance globale, issu des résultats compilés d'indicateurs, de même qu'avec la publication des 15 rapports régionaux qui en découlent. Bien que les données qu'on y trouve soient comparables à celles de 2013, nous avons pris soin de parfaire encore notre approche et d'y intégrer des changements inspirés des préoccupations qui nous ont été transmises. Par exemple, l'ajout d'indicateurs nous a permis d'approfondir l'analyse de certaines dimensions moins documentées. À cet égard, l'addition de deux indicateurs à la dimension de l'humanisation est pour moi une importante démonstration de l'évolution continue de notre modèle. De nouvelles mises en relation des quatre fonctions de notre cadre d'analyse ont aussi mené à de nouvelles observations au niveau régional. De plus, il nous a été possible de mettre à jour la majorité des 258 indicateurs ayant conduit à une analyse rigoureuse. Finalement, dans le but de simplifier l'accès à l'information, les documents méthodologiques en appui au rapport provincial et aux rapports régionaux ont été fusionnés.

La production annuelle de ce rapport est au cœur de nos mandats d'appréciation et d'information. Elle reflète notre approche, qui favorise la rencontre de tous les savoirs au moyen de consultations, d'analyses et de données. Cette publication soutient également notre modeste contribution à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et Québécois.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers tous les partenaires. Leur soutien et les défis vers lesquels ils nous orientent sont pour nous une source de motivation menant à la bonification de nos analyses. Je remercie aussi mon équipe pour sa rigueur et sa volonté d'aller plus loin.

Le commissaire à la santé et au bien-être,



Robert Salois

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE PAR LE COMMISSAIRE : UN MODÈLE EN ÉVOLUTION

Le système de santé et de services sociaux québécois est un système dont la complexité n'a d'égale que son étendue. Afin de favoriser une gestion axée sur son amélioration continue, il est important d'analyser les structures et les ressources, de même que les services rendus et les résultats obtenus par ce système, tout en examinant le contexte dans lequel il évolue. Depuis 2009, le Commissaire évalue de façon globale et intégrée le système de santé et de services sociaux du Québec et rend compte de sa performance annuellement.

Le présent rapport regroupe une analyse globale de la performance pour le Québec vis-à-vis des autres provinces canadiennes et pour les régions du Québec entre elles. Les informations et analyses sont similaires à celles compilées l'année passée, mis à part les relations d'alignements au niveau régional, qui sont différentes afin de permettre de nouvelles analyses. Les indicateurs qui pouvaient être mis à jour l'ont été, ce qui représente près des deux tiers de tous les indicateurs (258), autant au niveau international et interprovincial qu'interrégional. Quelques indicateurs ont aussi été ajoutés, ce qui permet de documenter de manière plus raffinée certaines dimensions de la performance. De ce fait, les sous-dimensions comptant un seul ou peu d'indicateurs ont été privilégiées afin de bonifier le résultat agrégé et de le rendre plus représentatif de la réalité. Par exemple, les sous-dimensions de la productivité financière, de la sécurité des soins (dimension de la qualité technique) et de l'efficacité populationnelle pour la mortalité évitable au niveau régional ont toutes été bonifiées avec un indicateur supplémentaire. De même, deux nouveaux indicateurs ont été ajoutés à l'analyse de la dimension de l'humanisation. Cet ajout vise, d'une part, à répondre à la préoccupation exprimée par plusieurs partenaires de voir cette dimension développée davantage et, d'autre part, à rendre compte de cet aspect de la performance par l'inclusion de sa mesure dans notre modèle d'analyse. De plus, tous les indicateurs tirés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada ont été recalculés sur deux années afin de maximiser la validité des données régionales.

Le cadre d'analyse de la performance

Pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions : 1) s'adapter pour se donner les ressources et les structures organisationnelles nécessaires, répondre aux besoins et aux attentes des citoyens; 2) produire des services en quantité adéquate et de qualité en maintenant une bonne productivité; 3) maintenir et développer des valeurs et la qualité du milieu de travail; 4) atteindre ses buts, qui sont de réduire l'incidence, la durée et les effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux.

Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste à acquérir les ressources et à les structurer en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à prodiguer les soins requis par sa population. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des acteurs du système à anticiper les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, le tout dans une perspective de viabilité.

La production

La production se caractérise non seulement selon les volumes de soins et services, mais aussi selon leur optimisation en fonction des ressources investies. On doit donc considérer l'accessibilité des différents soins et services. Elle concerne aussi la coordination et la continuité des services, qui en permettent un agencement logique et fonctionnel, dans l'optique d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité (comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible) en constitue un autre pan. On peut à cet égard envisager autant la qualité technique des interventions que la qualité des soins de manière plus globale, ce qui inclut les services collectifs de promotion et de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé. Enfin, il ne suffit pas de produire des soins et services; encore faut-il qu'ils soient mieux adaptés aux patients.

Le maintien et développement

Des valeurs sociales sont à la base de la création des institutions du système de santé et de services sociaux. Ainsi, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions s'appuient sur des valeurs qui conditionnent l'environnement de travail et des éléments psychologiques associés aux perceptions des employés. Autrement dit, les valeurs sont à l'origine de la qualité de vie au travail.

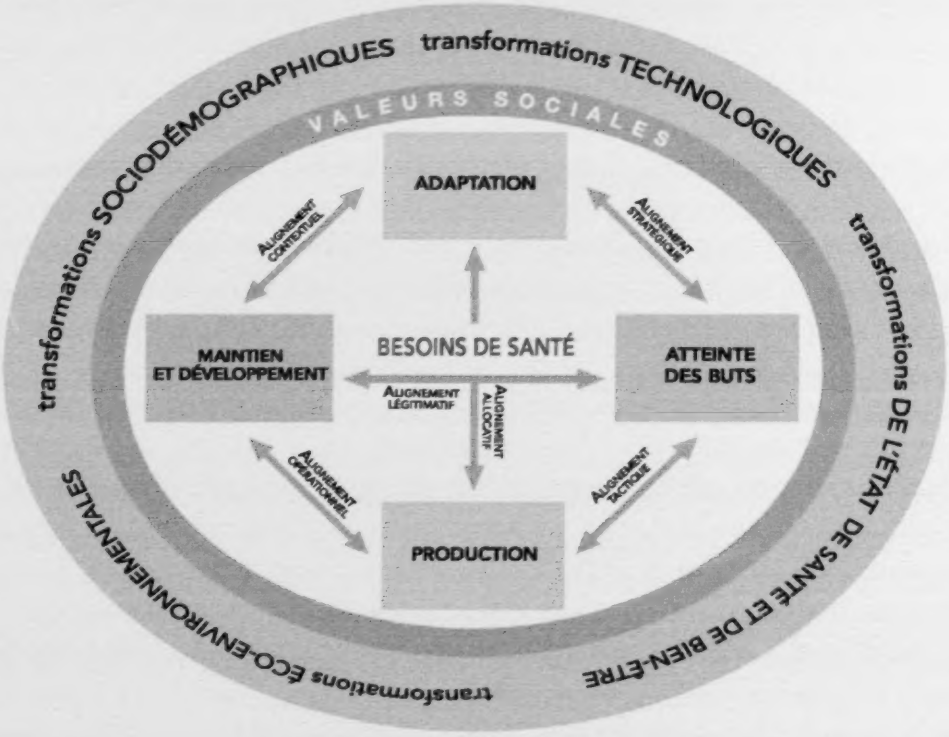
L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés: contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, satisfaire la population à l'égard du système et améliorer l'équité dans le domaine de la santé et des services sociaux.

La performance ne résulte pas seulement de la réalisation de chacune des quatre fonctions prises individuellement, elle repose aussi sur les équilibres qui existent entre ces fonctions. Par exemple, un système qui concentrerait tous ses efforts à l'acquisition de ressources sans se préoccuper de l'atteinte des buts ne pourrait pas être performant. De la même manière, un système qui valoriserait la qualité de vie au travail sans se préoccuper de la réponse aux besoins de la population ne serait pas non plus performant.

L'appréciation globale et intégrée de la performance requiert un ensemble de renseignements provenant de diverses sources pour définir les indicateurs capables de rendre compte de cette performance. De plus, elle suppose un effort d'intégration plus qu'un simple exercice d'ordonnancement ou d'analyse de quelques indicateurs isolés. Elle doit aussi être cohérente avec un environnement caractérisé par des transformations éco-environnementales, sociodémographiques et technologiques ainsi que par des transformations de l'état de santé et de bien-être de la population. La figure 1 illustre le cadre d'analyse de la performance retenu par le Commissaire.

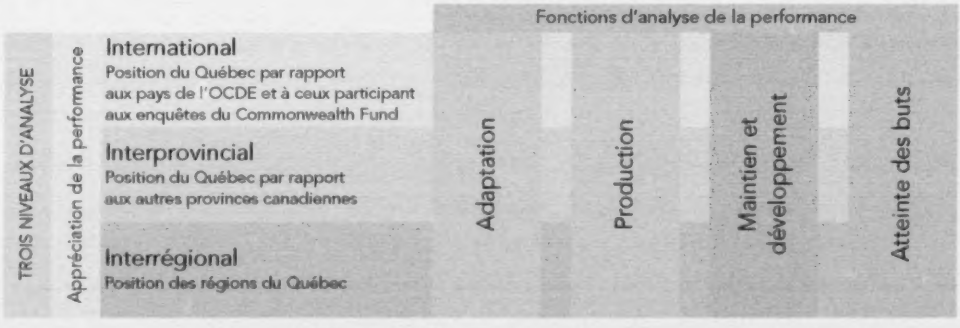
FIGURE 1
Cadre d'analyse de la performance



Les alignements déterminés dans le cadre d'analyse indiquent que toutes les fonctions relatives à la performance interagissent entre elles et qu'il s'agit en fait d'un modèle dynamique d'analyse de la performance. Cette possibilité inhérente au cadre d'analyse de mesurer l'impact de la performance des dimensions d'une fonction sur celles d'une autre fonction est d'ailleurs développée davantage dans le présent rapport.

La figure 2 montre les trois niveaux d'analyse retenus par le Commissaire. L'information disponible permet de comparer le Québec aux autres provinces canadiennes et, dans certains cas, aux pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou à ceux participant aux enquêtes internationales sur les politiques de santé du Commonwealth Fund. Le Québec peut se comparer directement à ces pays pour plus d'une vingtaine d'indicateurs. Les régions du Québec sont également comparées entre elles.

FIGURE 2
Différents niveaux d'analyse de la performance



La sélection des indicateurs et le choix des balises d'excellence

Les indicateurs ont été sélectionnés pour apprécier le mieux possible chacune des dimensions et sous-dimensions du cadre d'appréciation de la performance. Cette sélection doit s'effectuer sans que l'information ne soit inutilement multipliée. Chaque indicateur a été retenu selon divers critères, tels que sa validité, sa stabilité de mesure, sa sensibilité au changement et sa pertinence, soit sa capacité d'être attribué aux actions du système de santé et de services sociaux.

Pour chaque indicateur, une balise d'excellence a été choisie. Cette balise représente la «norme» qui permet de comparer les résultats obtenus à une référence pour établir un indice relatif de performance. Cette norme peut émaner de la littérature scientifique, de normes cliniques reconnues ou du consensus d'un comité d'experts: on parle alors d'une norme raisonnée. On peut aussi déterminer cette norme en ciblant les provinces ou régions qui ont les meilleurs résultats pour l'indicateur en question afin de calculer la norme de balisage. Celle-ci permet d'évaluer la performance des provinces et régions et de les comparer entre elles. Il s'agit de la norme empirique d'excellence.

Cependant, le fait qu'une balise d'excellence soit choisie ne suffit pas. Il faut attribuer à chaque indicateur un sens de variation par rapport à la performance. Cette relation peut être positive, c'est-à-dire que plus la valeur de l'indicateur est grande, plus la performance est élevée (on peut penser à la proportion de médecins utilisant les dossiers électroniques ou à l'espérance de vie à 65 ans). La relation peut, à l'inverse, être négative. C'est le cas, par exemple, des taux de réadmissions en établissement et du taux de tabagisme. La relation peut aussi être parabolique, c'est-à-dire que s'éloigner d'une valeur plancher ou plafond, de manière positive ou négative, diminue la performance. Par exemple, le taux de césariennes est un indicateur dont les valeurs devraient se trouver entre deux bornes, car un taux trop élevé ou encore trop bas de césariennes est préoccupant (un taux trop bas peut signifier des problèmes d'accès aux services, alors qu'un taux trop élevé peut être associé à une pratique abusive). Enfin, certains indicateurs servent à présenter de nouvelles pratiques ou des tendances historiques, à informer la population ou à donner une vue d'ensemble d'un phénomène par ailleurs mesuré. Ils ne sont pas utilisés pour porter un jugement de performance. De tels indicateurs n'ont pas de sens de variation déterminé, ils sont présentés à titre informatif (l'indicateur portant sur le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées pour les régions du Québec en constitue un exemple).

Le calcul des résultats par dimensions et sous-dimensions

Afin d'obtenir des résultats de balisage, il faut cumuler le résultat de plusieurs indicateurs, comme c'est le cas à l'intérieur d'une sous-dimension. On procède de la même façon pour une dimension, sauf qu'on cumule le résultat de plusieurs sous-dimensions. À chaque indicateur est attribué un poids relatif à l'intérieur de la sous-dimension, de manière à ce que les poids relatifs des indicateurs totalisent toujours 100 %. Pour obtenir le résultat de balisage d'une dimension, le même processus est transposé au niveau des sous-dimensions (chaque sous-dimension est pondérée). L'ajout de pondérations permet de rendre compte de manière plus juste de la performance du système de santé et de services sociaux.

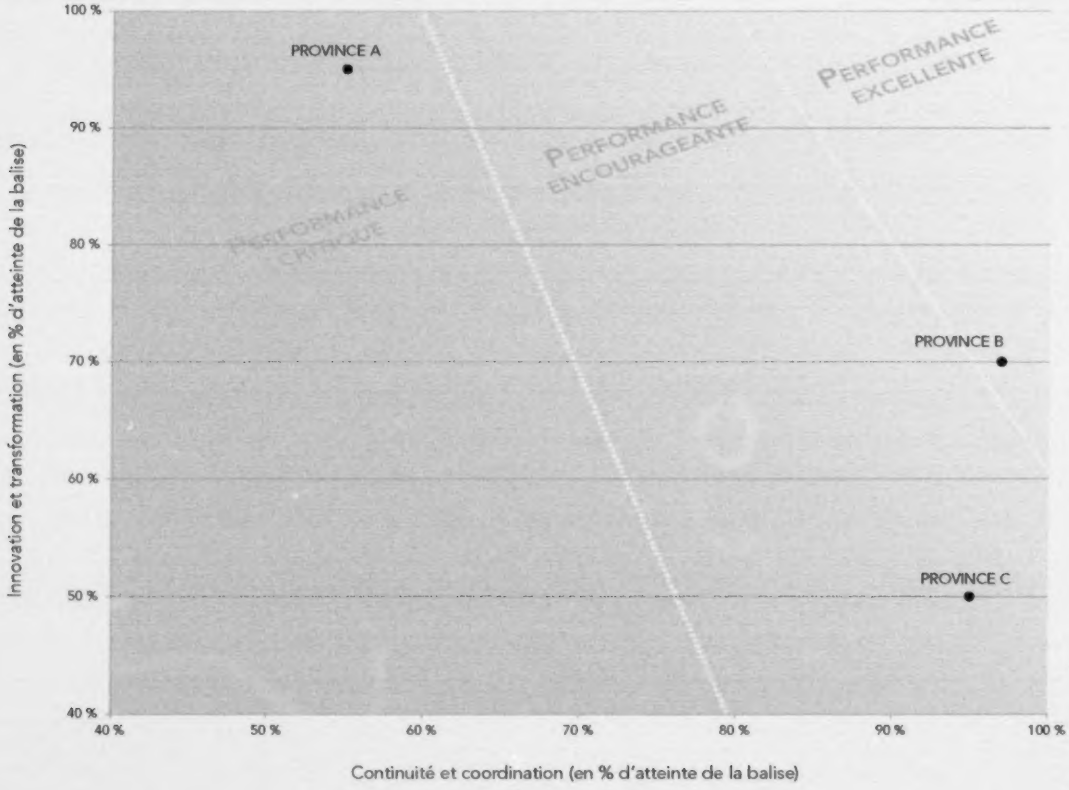
La mise en relation des dimensions et des sous-dimensions du modèle

Pour obtenir une image aussi globale et précise que possible de la performance du système de santé et de services sociaux, des outils d'analyse (alignements) sont utilisés pour mieux prendre en compte les interactions entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle, autant dans l'analyse provinciale que régionale. Le but de cet exercice est de produire une analyse de plus en plus pertinente et éclairante sur la performance du système, de même que sur les facteurs qui contribuent à son succès ou qui expliquent ses difficultés.

La présente analyse porte sur deux alignements et deux autres relations. En effet, il existe d'autres types de relations entre les dimensions qui proviennent de la littérature et sont inscrits dans le modèle global d'appréciation de la performance. Les choix retenus sont basés sur la pertinence de mettre en relation les résultats de certaines dimensions, étant donné les liens logiques de performance existant entre des aspects précis de la performance. L'analyse dynamique des provinces et des régions constitue donc à cet égard un échantillon des possibilités qui seront enrichies dans les prochains rapports du Commissaire.

L'alignement allocatif met en relation des dimensions de la fonction d'adaptation et de la fonction de production. Plus précisément, le Commissaire a choisi de mettre en évidence le lien entre l'innovation et transformation ainsi que la continuité et coordination. Cela permet de vérifier si les provinces qui présentent de meilleurs résultats en innovation et transformation en tirent profit pour accroître leurs résultats en continuité et coordination. La figure 3 montre qu'une province obtenant un résultat de 95 % d'atteinte de la balise en innovation et transformation, mais de seulement 55 % en continuité et coordination (province A) présente une performance critique. À l'inverse, une province obtenant un résultat de 70 % en innovation et transformation, mais qui a un résultat de 95 % en continuité et coordination se verrait accorder une performance excellente (province B). Par ailleurs, un trop faible résultat en innovation et transformation, malgré un très bon résultat en continuité et coordination, ne classerait pas une région dans la section de la performance excellente, mais plutôt encourageante (province C). Cette relation n'est développée qu'au niveau provincial en raison de la disponibilité des données.

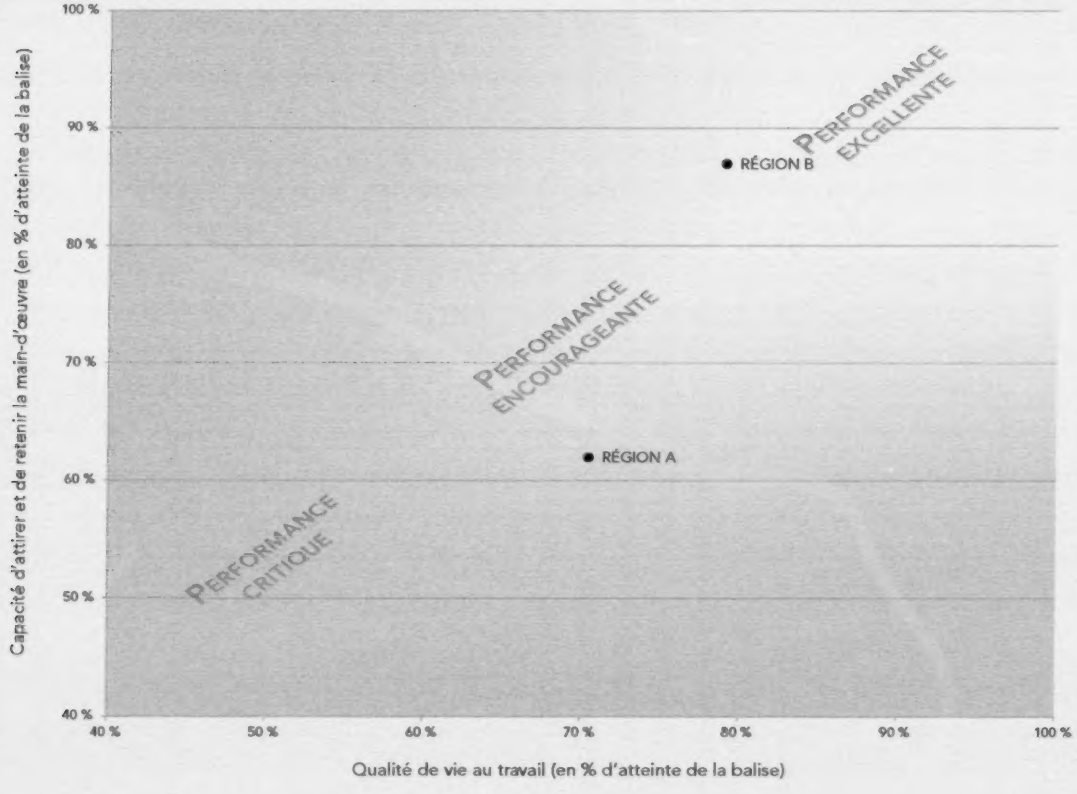
FIGURE 3
Modèle de graphique d'alignement allocatif



L'alignement contextuel met en relation des dimensions de la fonction d'adaptation et de la fonction de maintien et développement. Le Commissaire a choisi de mettre en évidence le lien entre la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre et la qualité de vie au travail. Cette relation est dite circulaire, c'est-à-dire que le fait d'attirer et de retenir la main-d'œuvre a un impact positif sur la qualité de vie au travail de manière générale, mais que l'inverse est aussi vrai. En effet, permettre aux ressources humaines de bénéficier d'une bonne qualité de vie au travail a des répercussions positives sur la capacité d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. La figure 4 montre qu'une position se rapprochant du coin supérieur droit correspond à une meilleure performance, puisque la région obtient de bons résultats pour les deux variables de croisement (région B). À l'opposé, des résultats se rapprochant du coin inférieur gauche font état d'un niveau moins élevé de performance (région A). Cette relation est développée uniquement au niveau régional, étant donné que les informations nécessaires ne sont pas disponibles pour les provinces.

FIGURE 4

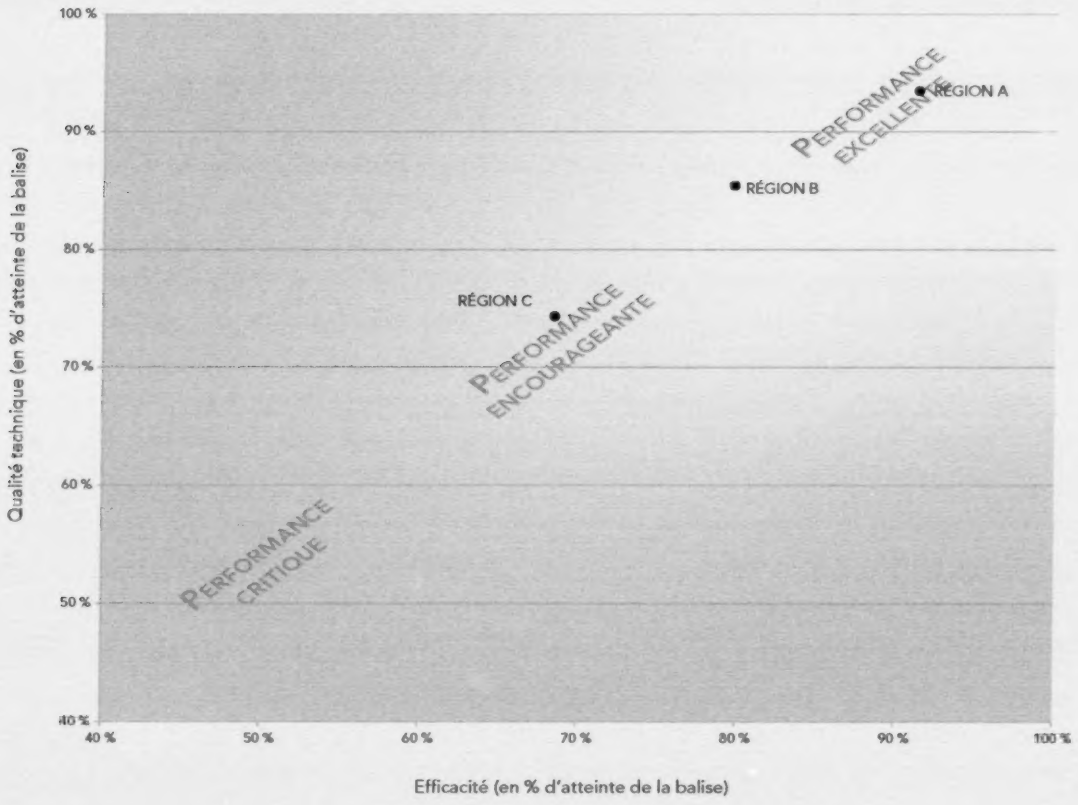
Modèle de graphique d'alignement contextuel



L'alignement tactique met en relation des dimensions de la fonction de production et de la fonction d'atteinte des buts. Le Commissaire a choisi de sélectionner le lien entre la qualité technique et l'efficacité en raison des liens probants qui existent entre ces deux dimensions selon la littérature scientifique sur le sujet. Une meilleure qualité technique des soins et services entraîne généralement une meilleure efficacité, c'est-à-dire une réduction de la durée et des effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux. Cette relation est aussi développée uniquement au niveau régional. Quant à l'interprétation graphique, elle est semblable à celle de l'alignement contextuel (voir la figure 5) : les résultats se rapprochant du coin supérieur droit correspondent à une meilleure performance (régions A et B), alors que ceux se rapprochant du coin inférieur gauche sont moins performants (région C).

FIGURE 5

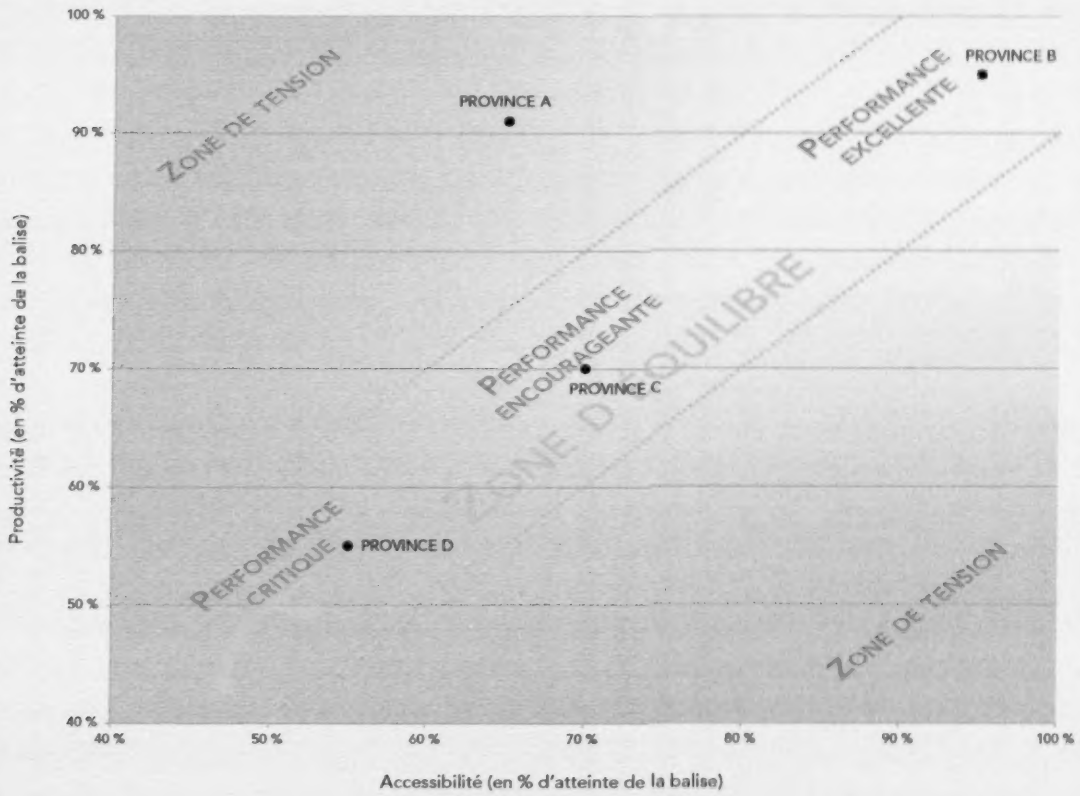
Modèle de graphique d'alignement tactique



En plus des alignements entre les fonctions, il existe d'autres types de relations entre les dimensions. L'analyse des relations permet d'apporter des explications et des pistes de solution à des phénomènes concrets observés dans le système de santé et de services sociaux. L'arbitrage de production s'observe quand les résultats d'une dimension ont des répercussions sur ceux d'autres dimensions. En effet, mettre un accent trop important sur une dimension peut nuire aux résultats d'une autre. Dans ce cas, la performance est l'expression d'un équilibre entre les exigences de chaque sous-dimension, qui peuvent être contradictoires. Ces relations se trouvent surtout entre les dimensions de la production. Par exemple, la performance en matière de productivité doit être regardée en fonction des résultats obtenus en qualité ou en accessibilité. Dans la figure 6, on constate que la province A met un accent trop grand sur la productivité, au détriment de l'accessibilité. Cette province se trouve donc dans la zone de tension. Les trois autres provinces se situent dans la zone d'équilibre, mais selon un degré de performance différent. La performance de la province B est excellente, en raison de très bons résultats, autant en productivité qu'en accessibilité. Les résultats plus moyens de la province C font en sorte que sa performance est encourageante, alors que la province D, qui obtient des résultats préoccupants à la fois pour la productivité et l'accessibilité, a une performance critique, bien qu'équilibrée.

FIGURE 6

Modèle de graphique d'arbitrage de production



Finalement, l'analyse de l'efficience met en relation la disponibilité des ressources avec la performance d'autres dimensions. La disponibilité des ressources (capacité financière, humaine et matérielle) a un impact sur plusieurs dimensions de la performance, dont l'accessibilité, la qualité technique, la continuité et coordination ainsi que l'efficacité. Comme la représentation graphique de l'efficience diffère au niveau régional et provincial, chacun des graphiques sera présenté dans sa section respective.

Les limites de l'analyse

Ce rapport constitue, à l'exception notable des nouveaux alignements développés, une mise à jour des informations présentées dans le rapport de 2013. En effet, près des deux tiers des indicateurs ont été mis à jour selon la disponibilité des informations dans les banques de données. Quelques indicateurs ont aussi été ajoutés, ce qui a permis de mieux documenter certaines dimensions de la performance, telles que l'humanisation.

Nous avons essayé de limiter le nombre de sous-dimensions et de dimensions qui comprennent un seul ou peu d'indicateurs. À titre d'exemple, pour la qualité technique, la sous-dimension de la sécurité des soins compte maintenant deux indicateurs au lieu d'un seul, ce qui renforce la pertinence du score agrégé. Quelques sous-dimensions demeurent toutefois moins documentées.

Comme certains indicateurs ne sont recueillis que depuis peu de temps, il n'est pas encore possible de présenter l'évolution temporelle de la performance. Cependant, pour tous les indicateurs pour lesquels il était possible de le faire, les données de plusieurs années antérieures ont été ajoutées à la base de données de l'Atlas CSBE, ce qui permet de montrer l'évolution des résultats par indicateur dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

Certaines améliorations sont à prévoir dans les prochaines versions de ce rapport d'appréciation globale de la performance. Ainsi, la fonction de maintien et développement gagnerait à être précisée dans l'appréciation au niveau provincial et régional. Il s'agit d'une contrainte qui s'explique par le manque d'indicateurs précis, dont la mesure est pourtant primordiale pour toute organisation.

Par ailleurs, les limites méthodologiques inhérentes à l'opérationnalisation du cadre conceptuel se transposent aussi dans l'analyse des alignements. Il faut donc garder à l'esprit ces considérations lors de la lecture de ces sections.

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

La présente section propose d'abord une analyse descriptive des résultats de balisage obtenus par le Québec par rapport à l'ensemble du Canada. À l'intérieur des fonctions du cadre d'appréciation, chacune des dimensions est abordée dans l'objectif de faire ressortir des aspects particuliers de la performance. Plusieurs indicateurs, qui comparent le Québec aux meilleurs pays de l'OCDE ou aux pays participant à l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund, sont aussi présentés selon la disponibilité de ces données. Le tout permet de renforcer ou parfois de nuancer les observations faites. La fonction de maintien et développement n'est toutefois pas analysée, en raison du manque d'indicateurs disponibles. Les relations entre les fonctions de la performance sont par la suite analysées, et une dernière section porte sur les réussites et les défis du Québec.

L'encadré ci-après pose les bases de l'analyse afin de mieux saisir le contexte dans lequel évolue le système de santé et de services sociaux du Québec. Ce contexte englobe les indicateurs suivants : l'espérance de vie à la naissance, le stress perçu par la population, la mortalité et les traumatismes résultant de blessures accidentelles, les années potentielles de vie perdues, la mortalité par cancer et la mortalité par maladies du système respiratoire ou circulatoire.

Panorama sociosanitaire de la population

Les indicateurs du panorama sociosanitaire de la population montrent que le Québec se situe toujours parmi les trois meilleures provinces par rapport aux indicateurs suivants : l'espérance de vie, les traumatismes non intentionnels et les blessures, la mortalité et le nombre d'années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire ou circulatoire. Par contre, la province a un taux de mortalité et un nombre d'années potentielles de vie perdues liées au cancer plus élevés que ceux de l'ensemble du Canada (elle occupe le 8e rang pour les deux indicateurs). Les Québécois sont aussi ceux qui perçoivent leur vie comme stressante ou extrêmement stressante dans la plus grande proportion au pays (10e rang).

Adaptation

Le tableau 1 présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'adaptation mesurées au niveau provincial.

TABLEAU 1
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau provincial

Adaptation – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Disponibilité des ressources	Capacité financière	Se doter de ressources financières (ex. : dépenses de santé par habitant)
	Capacité humaine	Se doter de ressources humaines (ex. : nombre d'infirmières)
	Capacité matérielle	Se doter de ressources matérielles (ex. : nombre d'appareils de tomodensitométrie et nombre d'appareils de résonance magnétique)
Innovation et transformation	Utilisation des technologies par les médecins	Intégrer des technologies informatiques innovantes dans la pratique médicale (ex. : utilisation des dossiers électroniques)
		▸▸|

Adaptation – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	Prodiguer les services adéquats dans une situation donnée (ex. : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires)
	Facilité d'entrée	Avoir accès à des professionnels de la santé pour la population (ex. : population ayant un médecin régulier)
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	Utiliser certains examens diagnostiques en fonction des besoins de la population (ex. : nombre d'examens en tomodensitométrie et nombre d'examens en résonance magnétique)
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	Utiliser certains services hospitaliers en fonction des besoins de la population (ex. : hospitalisations en soins de courte durée)
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	Pratiquer un nombre de chirurgies en fonction des besoins de la population (ex. : taux d'arthroplasties du genou et taux d'arthroplasties de la hanche)
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	Soutenir le système de santé et de services sociaux en matière de solidarité sociale (ex. : dons et bénévolat en santé)
Viabilité	Santé administrative	Veiller à l'équilibre entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins (ex. : proportion des dépenses administratives)

La capacité d'adaptation du système québécois se reflète d'abord par une disponibilité de ressources que l'on peut qualifier de moyenne. La capacité financière du Québec se classe au 6e rang parmi les provinces canadiennes avec une atteinte de la balise de 77,9 %. L'indicateur du total des dépenses de santé en proportion du PIB montre un résultat d'atteinte de la balise de 78,1 %, ce qui place le Québec au 5e rang des provinces. Une comparaison étendue aux meilleurs pays de l'OCDE[1] confère toutefois au Québec un résultat de 100 % d'atteinte de la balise, ce qui permet de relativiser sa 6e position à l'échelle canadienne pour cette sous-dimension. Quant à la capacité humaine, c'est un point fort pour le Québec, puisqu'il se classe au 4e rang des provinces canadiennes avec un résultat de 87,7 % d'atteinte de la balise. Ce résultat s'explique notamment

1. L'ensemble des résultats de balisage provinciaux en fonction des balises internationales est disponible en annexe (tableau 17).

par le nombre élevé de médecins pour 1 000 habitants (le nombre d'infirmières et de pharmaciens se situe dans la moyenne de l'ensemble du Canada). Il est intéressant de noter qu'en regard des pays de l'OCDE, qui disposent d'un niveau plus élevé de ressources humaines, les résultats de balisage pour les indicateurs du nombre de médecins et du nombre d'infirmières sont moins favorables, alors que celui du nombre de pharmaciens l'est davantage. Enfin, pour la capacité matérielle, le Québec se classe au 3e rang canadien avec un résultat de 87,1 % en raison, entre autres, d'un taux très élevé d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM). Ainsi, d'après les résultats obtenus pour les indicateurs examinés dans cette dimension, le Québec démontre un haut niveau de disponibilité des ressources (il se classe au 4e rang parmi les provinces canadiennes avec un résultat de 84,2 % d'atteinte de la balise).

La dimension de l'innovation et transformation du système est mesurée par l'utilisation des technologies informatiques par les médecins (seules données actuellement disponibles pour mesurer cette dimension). La faible utilisation des dossiers électroniques et des technologies confère au Québec un résultat de balisage de 63,8 % et le dernier rang parmi les provinces canadiennes.

Pour ce qui est de l'ajustement aux besoins de la population, un seul indicateur est disponible pour mesurer la justesse des services. Cet indicateur révèle une excellente performance du Québec (96,7 % d'atteinte de la balise) grâce à un faible taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (ce qui ne permet toutefois pas de tirer des conclusions générales). À l'inverse, la faible proportion de Québécois ayant un médecin régulier[2] illustre la difficulté d'accès au système de santé et de services sociaux pour la population ayant des besoins de santé. Le Québec se classe au 10e rang avec un résultat de 78,8 % pour la facilité d'accès. Néanmoins, les indicateurs portant sur l'adéquation de l'utilisation des services de santé (examens diagnostiques, services hospitaliers et chirurgies) ne permettent pas d'apprécier la performance à cet égard pour le moment. Pour la dimension de l'ajustement aux besoins de la population, le Québec arrive au 4e rang des provinces canadiennes avec 87,8 % d'atteinte de la balise (résultat qui ne s'appuie cependant que sur deux indicateurs).

La dimension de la mobilisation de la communauté est d'abord mesurée par la solidarité sociale, pour laquelle seulement deux indicateurs sont disponibles : les dons faits en santé et en services sociaux ainsi que le bénévolat dans le système de santé et de services sociaux. La faible performance québécoise se caractérise par une 9e position parmi les provinces canadiennes et un pourcentage d'atteinte de la balise de 59,2 %.

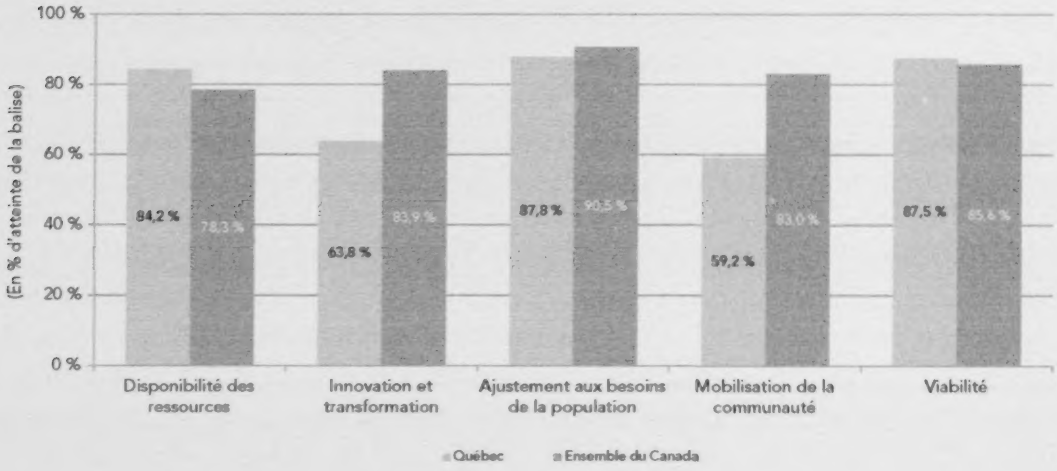
2. Le terme « médecin régulier » réfère non seulement aux médecins de famille, mais aussi aux médecins spécialistes pouvant être consultés pour un problème de santé ou un suivi.

Finalement, la viabilité du système, dont la mesure n'est que très parcellaire, est illustrée par un indicateur de santé administrative relevant la proportion des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales. Le Québec obtient pour cet indicateur un résultat de 87,5 % d'atteinte de la balise et le 6e rang à l'échelle canadienne.

La figure 7 présente les résultats du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de la fonction d'adaptation.

FIGURE 7

Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'adaptation au Québec et au Canada



Production

L'analyse de la fonction de production du système de santé et de services sociaux du Québec – et des dimensions et sous-dimensions qui la composent – se trouve dans le tableau 2.

TABLEAU 2
Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau provincial

Production – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Accessibilité	Délais d'attente : médecins	Permettre un accès rapide aux médecins (ex. : délai pour voir un médecin spécialiste)
	Délais d'attente : tests diagnostiques	Permettre un accès rapide aux tests diagnostiques (ex. : proportion des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques)
	Délais d'attente : chirurgies	Permettre un accès rapide aux chirurgies (ex. : délai d'attente pour une chirurgie de la hanche)
Qualité technique	Pertinence des soins	Prodiguer des soins selon un cadre de pratiques reconnues comme bénéfiques pour les patients (ex. : taux de césariennes)
	Qualité d'exécution	Prodiguer des soins de manière compétente avec un haut standard d'excellence (ex. : taux de réadmissions)
Productivité	Productivité technique	Utiliser les ressources matérielles avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : nombre d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie)
	Productivité clinique	Répondre aux impératifs des soins et services dans les meilleurs délais (ex. : nombre d'heures par cas pondéré dans le service de laboratoire)
Globalité	Globalité des services	Offrir une gamme de services élargie (ex. : vaccination contre l'influenza chez les 65 ans et plus)
Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	Perception de la coordination entre les différentes étapes et les divers intervenants (ex. : bonne coordination à la sortie de l'hôpital)

En ce qui a trait à la production du système de santé et de services sociaux québécois, c'est d'abord par rapport à l'accessibilité qu'est appréciée la performance, avec la sous-dimension mesurant les délais d'attente pour consulter un médecin. Alors que l'attente pour une visite chez un médecin spécialiste place le Québec au 1er rang canadien, la proportion des personnes ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi est plus élevée au Québec qu'ailleurs, ce qui attribue à cet indicateur un résultat de 52,6 % d'atteinte de la balise. Les délais d'attente au Québec pour des tests diagnostiques très spécialisés sont considérés comme excellents, puisque la province obtient un résultat de 95,9 % d'atteinte de la balise et le 3e rang canadien. Les délais d'attente pour une chirurgie de la cataracte sont excellents (1er rang), alors que ceux pour une chirurgie du genou ou de la hanche régressent par rapport à l'an dernier (4e rang au lieu du 1er ou 2e rang). Le Québec fait moins bien que l'ensemble canadien pour les chirurgies non urgentes (7e rang). Globalement, pour la dimension de l'accessibilité, qui mesure les délais d'attente pour voir un médecin, passer certains tests diagnostiques ou obtenir une chirurgie, le Québec arrive au 6e rang des provinces canadiennes. Bien que le résultat de 81,8 % d'atteinte de la balise de cette dimension témoigne d'une bonne performance, l'analyse plus détaillée de l'accessibilité au niveau régional fait ressortir certains aspects pour lesquels il n'existe pas d'indicateurs disponibles afin d'en dresser le portrait à l'échelle des provinces. L'attente pour des soins de routine ou de suivi représente donc au Québec le principal écueil en matière d'accessibilité, comme le montre l'évaluation en fonction des indicateurs disponibles.

La qualité technique est mesurée par les sous-dimensions de la pertinence des soins et de la qualité d'exécution. La pertinence des soins s'appuie essentiellement sur des indicateurs relatifs à l'accouchement (les seuls disponibles). Ainsi, le taux de césariennes se rapproche de la norme établie (avec un résultat de 91,3 % d'atteinte de la balise) et le taux d'accouchements vaginaux après césarienne place le Québec au 4e rang des provinces canadiennes. Le Québec se situe au 3e rang pour le résultat de la sous-dimension de la pertinence des soins, qui se chiffre à 82,7 % d'atteinte de la balise. Pour la sous-dimension de la qualité d'exécution, qui s'appuie sur les indicateurs de taux de réadmissions hospitalières, le Québec se classe au 2e rang des provinces avec un résultat de 98,5 % d'atteinte de la balise. Dans l'ensemble, le Québec obtient un résultat de 92,2 % d'atteinte de la balise et le 1er rang pour la dimension de la qualité technique des soins. La province se trouve donc en excellente position dans le contexte canadien.

En ce qui concerne la sous-dimension de la productivité, l'intensité d'utilisation des appareils de haute technologie en tomodensitométrie et en imagerie par résonance magnétique renseigne sur la productivité technique relative à ces appareils. Pour le Québec, les données montrent que le nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie est élevé, ce qui lui confère un résultat de 96,8 % d'atteinte de la balise. Par contre, le nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique obtient de plus faibles résultats de balisage, autant en comparaison des autres provinces canadiennes (49,8 % d'atteinte de la balise) que des meilleurs pays de l'OCDE (64,7 % d'atteinte de la balise). Ce résultat est d'autant plus préoccupant qu'au Canada, le Québec possède le plus grand nombre d'appareils de ce type par rapport à sa population. De plus, le nombre total d'heures travaillées par cas pondéré selon différentes unités des services hospitaliers démontre une forte productivité clinique du

Québec dans la plupart des unités de services. Pour cette sous-dimension, le Québec a une très bonne performance (88,9% d'atteinte de la balise) et il occupe le 2e rang des provinces canadiennes. Il obtient ainsi un très bon résultat de 85,8% d'atteinte de la balise pour la dimension de la productivité, ce qui le place au 4e rang des provinces canadiennes (un léger recul par rapport à l'année dernière).

Pour la dimension de la globalité, avec la sous-dimension de la globalité des services (services préventifs et de dépistage), le Québec obtient une très bonne performance (89,4% d'atteinte de la balise) pour les deux indicateurs sélectionnés. Cependant, malgré ce résultat, le Québec se trouve au 8e rang des provinces canadiennes.

C'est finalement grâce aux indicateurs sur la perception de la coordination par les usagers présentant les plus grands besoins de santé[3] qu'il est possible de mesurer la dimension de la continuité et coordination au niveau provincial. Pour presque tous les indicateurs, le Québec obtient des résultats préoccupants ou très préoccupants, à la fois vis-à-vis des deux autres provinces fournissant des données (l'Ontario et l'Alberta) et des meilleurs pays participant au sondage du Commonwealth Fund[4]. Le résultat de balisage de la dimension (71,9%) révèle des lacunes dans la coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, de même que dans la coordination des soins à la sortie de l'hôpital à la suite d'une chirurgie. D'autres lacunes concernent la prise en charge des patients par un médecin de famille. Enfin, on note une très faible proportion de patients québécois présentant de grands besoins de santé pour lesquels une même personne se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques: 48,6% d'atteinte de la balise (comparativement aux provinces) et 46,5% (comparativement aux pays participants). La dimension de la continuité et coordination semble donc être un enjeu de performance du système de santé et de services sociaux québécois à l'heure actuelle. D'ailleurs, dans son rapport de 2010, qui traitait des maladies chroniques au Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être recommandait de consolider les mécanismes de coordination locale des soins et services (CSBE, 2010, p. 78):

> «Que soient implantés des mécanismes d'accueil clinique et d'orientation des patients permettant de diriger les personnes et de coordonner leur trajectoire de soins au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de l'ensemble des partenaires du réseau local de services (RLS) [...]

3. Les usagers présentant les plus grands besoins de santé réfèrent à la population de 18 ans et plus qui rapportait l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années: avoir une santé moyenne ou mauvaise; avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux; avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications); avoir subi une chirurgie majeure.

4. Pour plus d'information sur le sondage du Commonwealth Fund, consulter le rapport complet sur le site Internet du Commissaire: www.csbe.gouv.qc.ca.

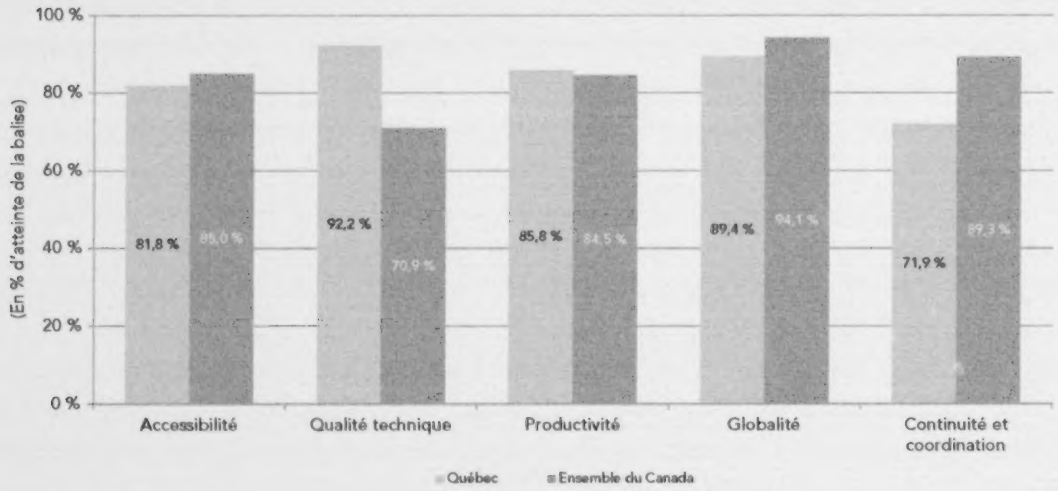
Que soient implantés, à l'échelle des centres de santé et de services sociaux et des autres établissements de santé, des mécanismes coordonnés d'orientation vers les spécialités qui intègrent des protocoles définis pour en assurer la pertinence.

Que soit introduite une fonction de gestion de cas complexes en première ligne de soins associée à l'établissement de critères de stratification des clientèles pour identifier qui devrait faire l'objet d'une gestion de cas. »

Les constats faits par le Commissaire en 2010 demeurent d'actualité, à la lueur des résultats obtenus pour la dimension de la continuité et coordination. La figure 8 présente les résultats comparatifs du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de la production.

FIGURE 8

Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction de production au Québec et au Canada



Atteinte des buts

La section qui suit présente les résultats du Québec pour les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts. Celles-ci sont définies dans le tableau 3.

TABLEAU 3
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau provincial

Atteinte des buts – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Efficacité	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	Exercer une influence positive afin de contribuer à l'appropriation de bonnes habitudes de vie (ex. : taux de tabagisme)
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	Diminuer la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants (ex. : taux de mortalité infantile)
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès liés à des causes traitables ou ayant pu être prévenus (ex. : taux de mortalité liée à des causes traitables)
	Efficacité populationnelle : santé mentale	Exercer une influence positive sur la santé mentale de la population (ex. : taux de mortalité par suicide)
	Efficacité populationnelle : santé générale	Exercer une influence positive sur la santé générale de la population (ex. : espérance de vie à 65 ans)
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	Satisfaire les attentes de la population par rapport au système (ex. : proportion des personnes qui considèrent avoir une bonne santé)
Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du sexe (ex. : écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans)
	Équité de santé en fonction du revenu	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du revenu (ex. : ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde)
	Équité interprovinciale des dépenses de santé	Favoriser un investissement collectif équitable dans les soins et services de santé (ex. : proportion des dépenses publiques de santé)

L'atteinte des buts se mesure d'abord par la dimension de l'efficacité. L'efficacité populationnelle, qui correspond à la capacité du système de santé et de services sociaux à influencer positivement la santé et ses déterminants, se décline en regard des habitudes de vie. Le Québec arrive au 3e rang à l'échelle canadienne avec un résultat de balisage de 92,2%. La province se classe cependant au 10e rang pour l'indicateur de la proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs. Bien que le taux d'obésité au Québec soit parmi les plus faibles au Canada (2e rang et 97,5% d'atteinte de la balise), sa comparaison étendue aux meilleurs pays de l'OCDE (72,1% d'atteinte de la balise) rappelle qu'il s'agit d'un enjeu de société dont l'ampleur est croissante. En ce qui concerne la morbidité et la mortalité infantile, le Québec obtient un résultat de 82,6% d'atteinte de la balise et une 4e position. Pour la mortalité évitable, le Québec obtient le 3e rang et un résultat de 95,2% d'atteinte de la balise. C'est en santé mentale que l'efficacité populationnelle du Québec est la plus faible, malgré une proportion élevée de personnes percevant leur santé mentale comme très bonne ou excellente (1er rang). Le taux de mortalité par suicide (7e rang) et les années potentielles de vie perdues par suicide (6e rang) concourent à donner au Québec un résultat de balisage de 82,0%, ce qui lui confère le 6e rang. On note toutefois une amélioration des résultats du Québec en santé mentale au cours des dernières années[5]. En santé générale, le Québec se classe au 1er rang (99,3% d'atteinte de la balise) pour l'espérance de vie à 65 ans et pour la proportion de la population déclarant avoir une santé fonctionnelle «bonne» à «pleine». Dans l'ensemble, le Québec récolte un excellent résultat (90,3% d'atteinte de la balise) et une position enviable (4e rang) pour la dimension de l'efficacité.

La dimension de la satisfaction globale est représentée par un seul indicateur de satisfaction de la population, soit la proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente. Le Québec obtient le 5e rang avec un résultat de 97,6% d'atteinte de la balise.

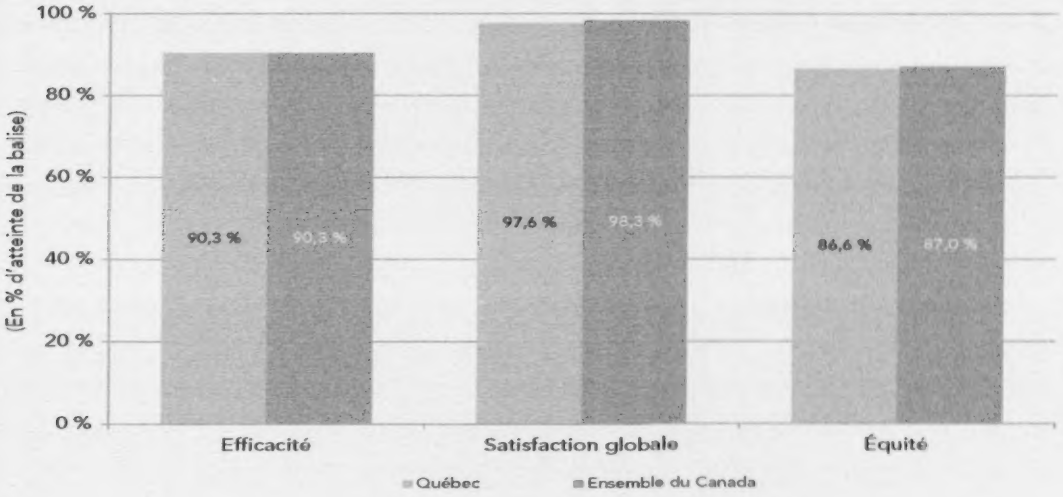
La mesure de l'équité, c'est-à-dire la capacité du système à permettre à tous d'accéder à un niveau de services correspondant à leurs besoins et d'améliorer leur état de santé, se compose de trois sous-dimensions. Pour la sous-dimension de l'équité de santé intraprovinciale en fonction du genre, le Québec obtient un résultat de 92,0% d'atteinte de la balise, un résultat semblable à celui de la plupart des provinces canadiennes. Pour l'équité de santé en fonction du revenu, le Québec a un 5e rang et un résultat de balisage de 76,3%. Quant à l'équité interprovinciale des dépenses de santé, reflétée par le ratio établi entre les dépenses publiques de santé et les dépenses totales de santé, le Québec arrive en 8e position, malgré un résultat de 91,4% d'atteinte de la balise.

5. Pour plus d'information sur les indicateurs en santé mentale, consulter le *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale* dans le site Internet du Commissaire: www.csbe.gouv.qc.ca.

La figure 9 présente les résultats comparatifs du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de l'atteinte des buts.

FIGURE 9

Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'atteinte des buts au Québec et au Canada



ANALYSE DES RELATIONS ENTRE LES FONCTIONS DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU PROVINCIAL

Le regard porté sur la dynamique des provinces vise à mettre en relation les fonctions de la performance afin d'évaluer l'équilibre relatif ou la dynamique de tension qui peut exister entre elles, c'est-à-dire les répercussions possibles de la performance de l'une sur l'autre. Ainsi, les liens qui existent entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle permettent d'interpréter les résultats des analyses avec plus de perspective, au-delà du regard porté sur chaque dimension prise individuellement. C'est l'objectif de l'analyse des alignements. Les relations retenues pour l'analyse au niveau provincial sont l'alignement allocatif, l'analyse de l'efficience et l'arbitrage de production.

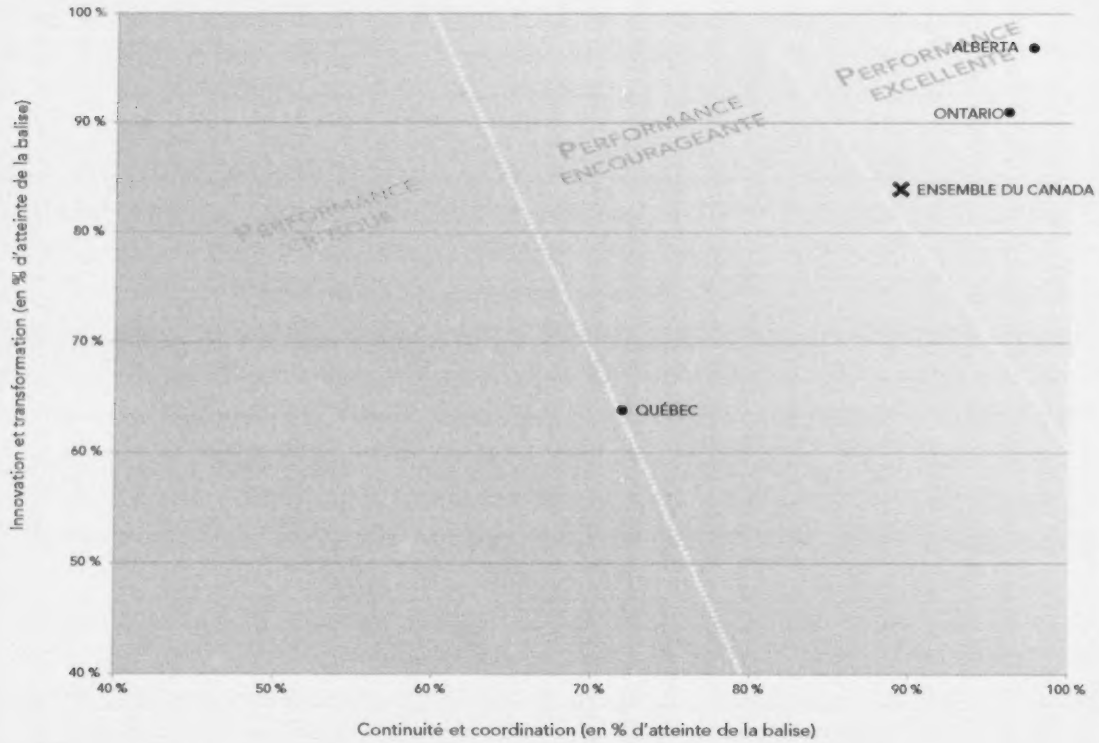
Alignement allocatif

L'alignement allocatif évalue le lien entre la capacité de s'adapter et de répondre aux impératifs de production. La dimension de l'innovation et transformation, plus précisément l'utilisation des technologies informatiques par les médecins, est analysée en lien avec le niveau de continuité et coordination, étant donné que l'utilisation des technologies informatiques peut influencer cet aspect de la production de soins et services.

La figure 10 montre la relation entre l'innovation et transformation et la continuité et coordination. Les zones de performance indiquent la capacité à obtenir un haut degré de productivité ou de continuité et coordination en fonction du niveau d'innovation et transformation.

FIGURE 10

Analyse provinciale de l'alignement allocatif entre l'innovation et transformation et la continuité et coordination[6]



Le résultat en continuité et coordination semble être corrélé à celui en innovation et transformation. La performance du Québec est presque critique. Cela indique qu'un faible niveau d'utilisation des technologies informatiques par les médecins peut se répercuter sur la coordination et la continuité des soins. Par conséquent, si l'on cible cette dernière dimension pour améliorer la performance, il faudra également mobiliser un ensemble de mesures en matière d'innovation et transformation, dont l'informatisation est l'un des exemples emblématiques pour le réseau québécois.

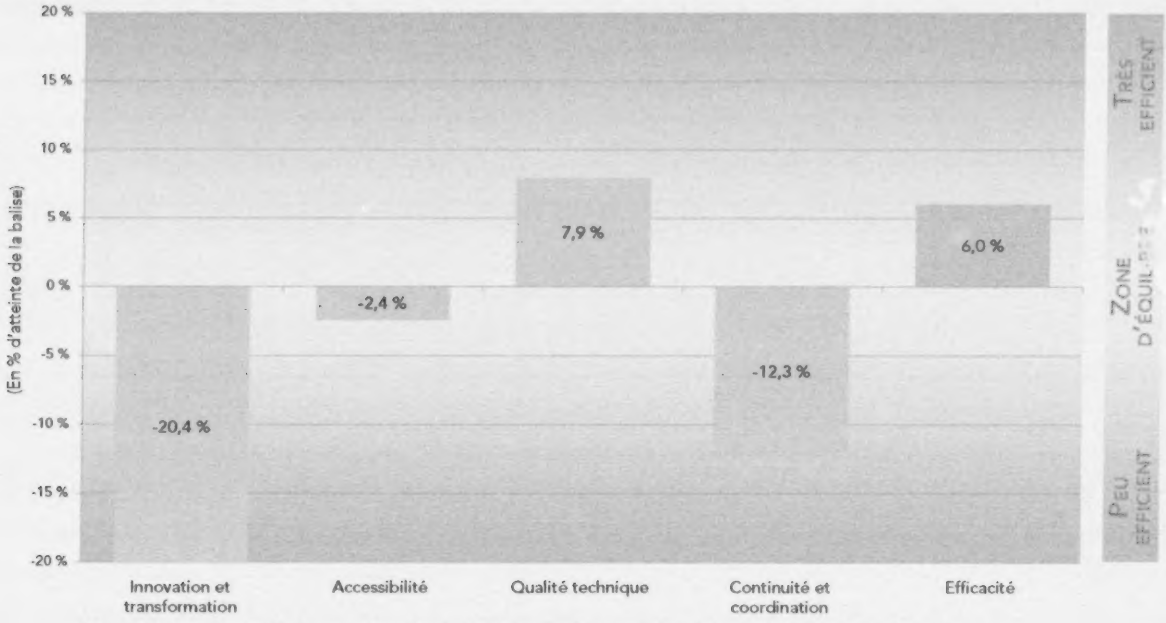
6. La figure 10 situe le Québec, l'Ontario et l'Alberta, seules provinces présentant des résultats pour les indicateurs de la dimension de la continuité et coordination.

Analyse de l'efficience

Pour l'analyse de l'efficience, la disponibilité des ressources est analysée par rapport à d'autres dimensions (figure 11). Pour la dimension de la disponibilité des ressources (capacité financière, humaine et matérielle), le Québec obtient un résultat de balisage de 84,2%. Le résultat de chacune des dimensions est donc toujours comparé à ce résultat général. Le calcul de l'efficience reflète l'écart en points de pourcentage d'atteinte de la balise entre la disponibilité des ressources et cinq autres dimensions. Autrement dit, pour les dimensions présentant un écart négatif, les résultats sont inférieurs aux ressources disponibles, et vice-versa.

FIGURE 11

Analyse provinciale de l'efficience : écart entre la dimension de la disponibilité des ressources et certaines dimensions de la performance



* Les couleurs correspondent aux couleurs des fonctions auxquelles appartient chacune des dimensions présentées.

Orange : adaptation
Vert : production
Bleu : atteinte des buts

En vertu des ressources dont dispose le système de santé et de services sociaux québécois, ce dernier se situe dans une zone d'équilibre de l'efficience pour l'accessibilité. On note aussi qu'en fonction des ressources, la performance du Québec pour la qualité technique et l'efficacité est avantageuse. Cependant, compte tenu des ressources disponibles, la performance en innovation et transformation, de même qu'en continuité et coordination, devrait être supérieure.

Arbitrage de production

L'arbitrage de production s'observe lorsque les résultats d'une dimension ont des répercussions sur ceux d'autres dimensions. Par exemple, la recherche d'une grande productivité peut nuire à la qualité des soins. Dans ce cas, la performance est l'expression d'un équilibre entre les exigences de chaque dimension, qui peuvent être contradictoires. Dans la fonction de production, le système québécois présente une excellente performance quant à l'équilibre entre la qualité technique et la productivité (figure 12), de même qu'entre la qualité technique et l'accessibilité (figure 13). Les relations entre la continuité et coordination et la qualité technique (figure 14) et la productivité (figure 15) montrent, quant à elles, une position dans la zone de tension.

FIGURE 12

Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la productivité

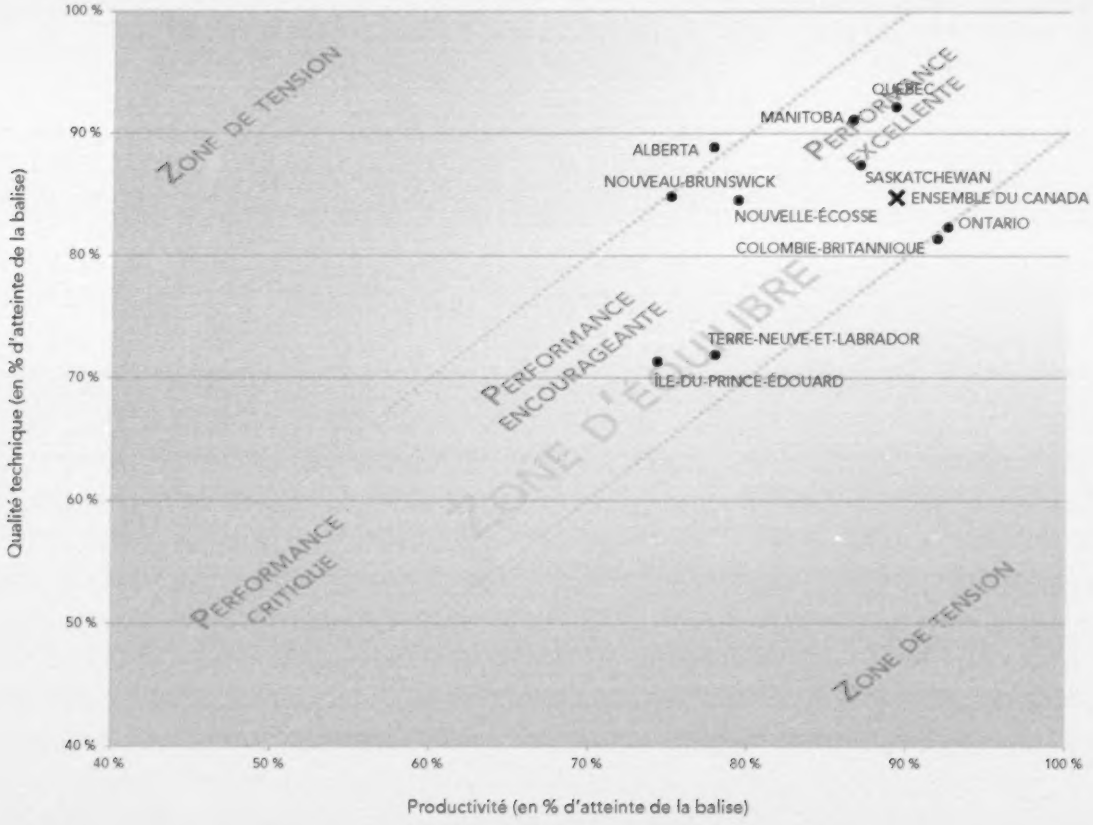


FIGURE 13

Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre l'accessibilité et la qualité technique

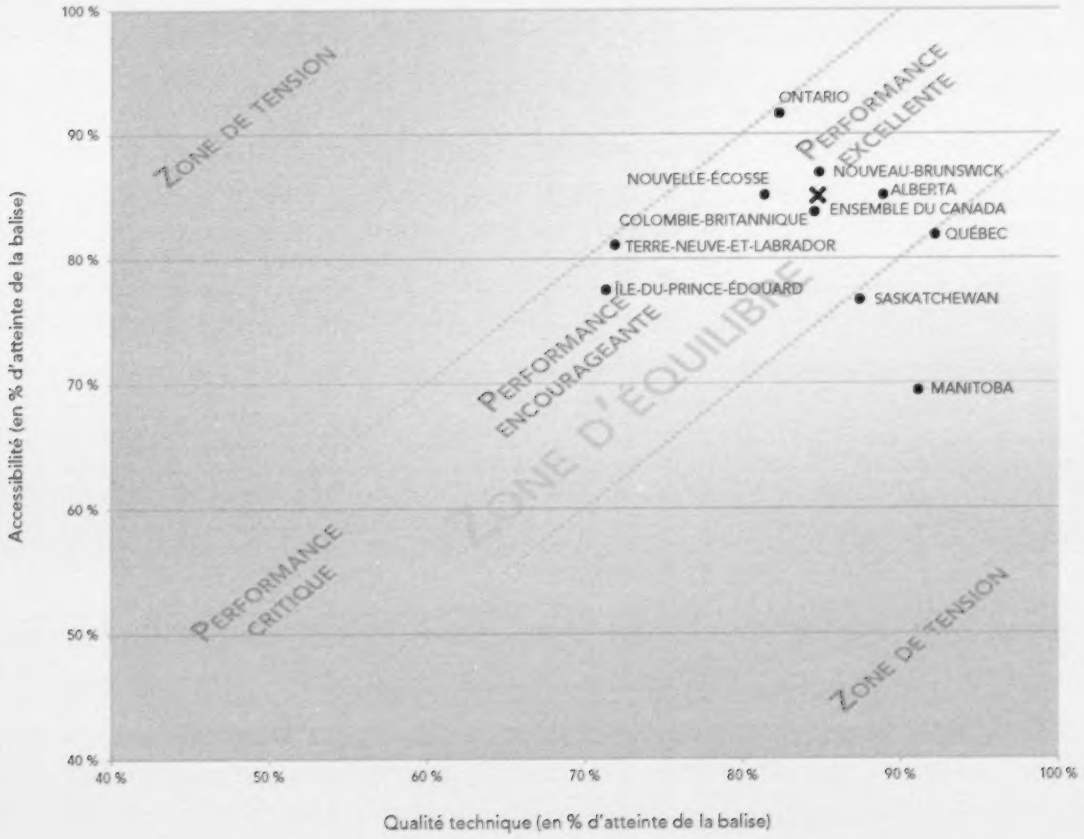


FIGURE 14

Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la continuité et coordination

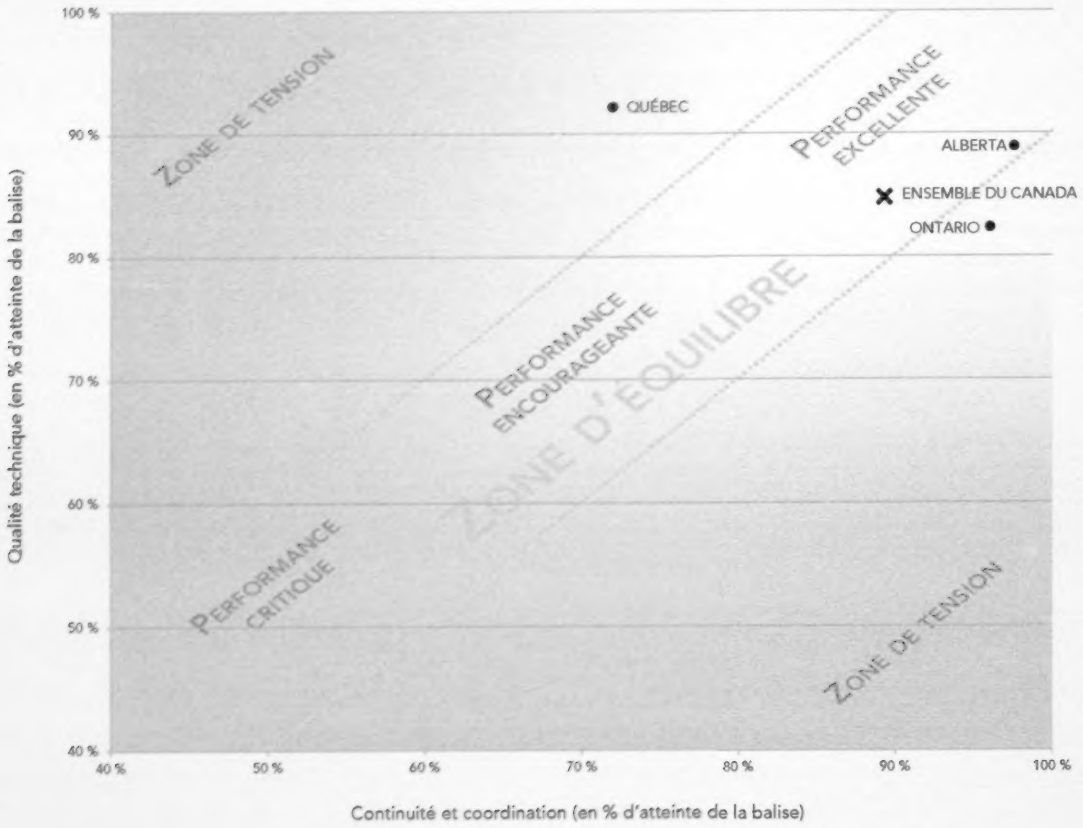
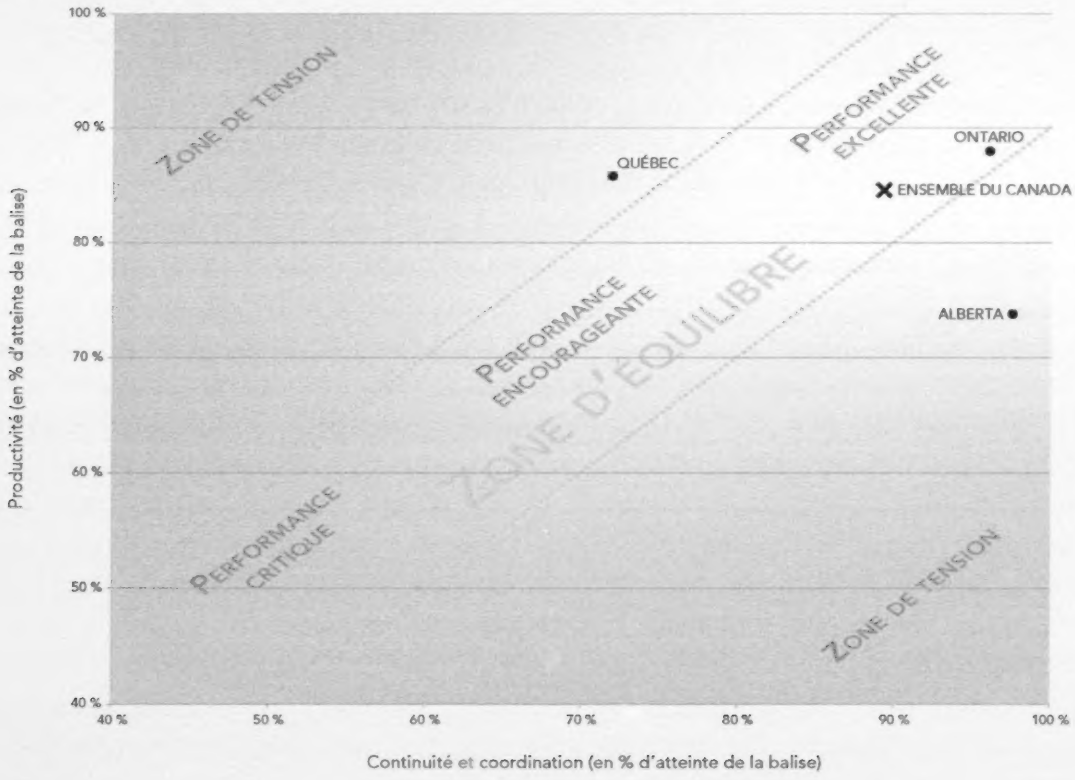


FIGURE 15

Analyse provinciale de l'arbitrage de production entre la productivité et la continuité et coordination



L'analyse des quatre graphiques précédents indique que les résultats du Québec pour la qualité technique, la productivité et l'accessibilité peuvent être avantageux, mais au détriment de la continuité et coordination, ce qui entraîne certains déséquilibres dans l'arbitrage de production. Améliorer la continuité et la coordination apparaît donc comme un enjeu primordial pour l'équilibre du processus de production en santé et en services sociaux.

RÉUSSITES ET DÉFIS POUR LE QUÉBEC

L'analyse de la performance à l'échelle provinciale révèle des résultats favorables pour le Québec. La qualité technique est une dimension pour laquelle le Québec se démarque positivement avec le 1er rang (92,2 % d'atteinte de la balise). La situation est semblable pour la productivité, alors que le Québec obtient le 4e rang (85,8 % d'atteinte de la balise). La dimension de la globalité fait état pour le Québec d'une très bonne performance (89,4 % d'atteinte de la balise), malgré un 8e rang parmi les provinces canadiennes. Le résultat de 90,3 % d'atteinte de la balise et le 4e rang pour la dimension de l'efficacité placent le Québec parmi les provinces les plus performantes à cet égard. Pour ce qui est de l'accessibilité, le Québec se classe au 6e rang avec un résultat de balisage de 81,8 %, ce qui le situe légèrement en dessous du résultat de l'ensemble du Canada (85,0 % d'atteinte de la balise).

Le Québec fait aussi face à plusieurs défis. D'abord, il obtient le 10e rang en innovation et transformation, à cause de la faible utilisation des dossiers électroniques et des technologies informatiques par les médecins, une performance préoccupante. Rappelons que, dans son rapport de 2009, qui portait sur la première ligne de soins, le Commissaire recommandait notamment de « soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable » (CSBE, 2009, p. 44). La dimension de la continuité et coordination est aussi un aspect préoccupant du système de santé et de services sociaux québécois. En effet, le Québec a un résultat de 71,9 % d'atteinte de la balise et il se classe au 3e rang sur 3 provinces, alors que l'Alberta (97,6 % d'atteinte de la balise) et l'Ontario (96,1 % d'atteinte de la balise) obtiennent des résultats beaucoup plus élevés. Ce constat souligne la nécessité d'optimiser les ressources du réseau de la santé et des services sociaux par une meilleure continuité et une meilleure coordination des services. Cet enjeu, révélé par l'analyse de l'efficience, indique que les Québécois n'obtiennent pas les résultats correspondant aux ressources investies à ce chapitre. Le Québec a aussi une faible mobilisation de la communauté, avec une 9e position (59,2 % d'atteinte de la balise). De même, malgré une forte dotation en appareils d'imagerie par résonance magnétique, ces appareils sont très peu utilisés, ce qui dénote une faible productivité technique. Finalement, la faible utilisation des technologies informatiques par les médecins peut avoir un impact sur les faibles résultats pour la coordination et la continuité des soins au Québec.

Tableau 4

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Disponibilité des ressources	Capacité financière	25,0 %	Total des dépenses de santé par habitant, en $ CAN	2011-2012
		25,0 %	Dépenses publiques de santé par habitant, en $ CAN	2011-2012
		50,0 %	Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB)	2011-2012
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Capacité humaine	27,5 %	Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	2011
		27,5 %	Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	2011
		0,0 %	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2011
		35,0 %	Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	2011
		10,0 %	Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	2011
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Capacité matérielle	50,0 %	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	2012
		50,0 %	Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	2012
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Innovation et transformation	Utilisation des technologies informatiques par les médecins	11,1 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des collègues à des fins cliniques, en %	2010
		22,2 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des patients à des fins cliniques, en %	2010
		33,3 %	Proportion des médecins utilisant des dossiers papier et électroniques, ou seulement électroniques, en %	2010
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients, en %	2010
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique, en %	2010
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients, en %	2010
		100,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	7057	6336	6497	6318	5469	5849	6518	6481	6754	5700	5948	8916	9853	13250
	5399	4663	4463	4377	3792	3963	4816	4952	4896	3937	4148	6920	8405	12427
	11,7	17,4	16,0	15,4	12,7	11,9	13,7	9,6	8,6	11,8	11,6	12,2	8,4	23,2
	86,0%	96,3%	95,1%	92,2%	77,9%	77,7%	89,8%	77,8%	75,4%	76,7%	78,0%	87,5%	75,8%	100,0%
	1,23	0,97	1,22	1,13	1,14	0,95	1,05	1,00	1,11	1,17	1,06	1,69	0,65	0,33
	1,08	0,80	1,19	1,00	1,17	0,99	0,93	0,80	1,06	0,95	1,03	0,32	0,23	0,09
	2,31	1,78	2,40	2,13	2,31	1,95	1,98	1,81	2,16	2,12	2,09	2,01	0,88	0,42
	11,8	10,4	9,8	10,9	8,4	7,1	9,6	9,3	7,9	6,6	7,8	11,0	14,1	14,1
	127,1	121,8	125,2	100,8	95,0	81,5	104,2	113,4	104,1	92,3	93,0	88,8	43,7	90,0
	98,4%	84,0%	96,1%	92,4%	87,7%	74,4%	85,0%	80,6%	84,1%	77,8%	81,1%	77,2%	58,8%	–
	27,3	13,7	16,9	22,5	16,5	12,5	16,7	15,0	13,1	15,6	14,7	28,1	22,9	–
	9,7	6,9	9,5	7,9	11,2	7,7	6,4	5,6	10,2	8,7	8,9	–	–	–
	96,8%	64,1%	83,8%	88,1%	87,1%	65,2%	68,4%	60,7%	78,7%	77,0%	76,0%	–	–	–
	93,7%	81,5%	91,7%	90,9%	84,2%	72,4%	81,1%	73,0%	79,4%	77,2%	78,3%	–	–	–
	46,8	56,1	55,2	53,3	57,4	60,5	53,1	55,0	59,7	56,7	58,2	–	–	–
	11,1	16,3	17,3	10,2	13,7	17,9	13,6	11,3	15,7	19,7	16,3	0	0	0
	57,3	53,7	58,2	43,3	31,6	56,7	40,9	41,0	66,4	55,1	50,2	0	0	0
	33,4	38,5	27,2	34,1	16,4	27,0	9,8	14,4	36,8	30,8	25,4	0	0	0
	42,1	49,4	43,3	39,9	36,9	33,0	22,8	29,2	49,9	44.4	37,7	0	0	0
	16,8	10,6	21,9	12,3	12,2	24,8	16,6	24,0	26,2	20,5	20,4	0	0	0
	81,2%	86,8%	91,5%	71,4%	63,8%	91,0%	64,7%	68,5%	96,8%	81,7%	83,9%	–	–	–
	81,2%	86,8%	91,5%	71,4%	63,8%	91,0%	64,7%	68,5%	96,8%	81,7%	83,9%	–	–	–

Tableau 4 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	100,0%	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2011-2012
		50,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Facilité d'entrée	100,0%	Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	2011-2012
		50,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	0,0%	Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	2012
		0,0%	Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	2012
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	0,0%	Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants	2011-2012
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2011-2012
		0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2011-2012
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	50,0%	Valeur moyenne des dons annuels en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus, en $ CAN	2010
		50,0%	Nombre moyen annuel d'heures de bénévolat en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus	2010
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Viabilité	Santé administrative	100,0%	Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	2011-2012
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	423	457	316	460	275	269	314	454	313	254	290	507	646	892
	62,9%	58,2%	84,2%	57,8%	96,7%	98,9%	84,7%	58,6%	85,0%	100,0%	91,7%	52,5%	41,2%	29,8%
	91,3	87,5	92,3	92,7	74,9	91,1	85,3	81,4	80,5	86,0	84,9	75,5	38,4	16,7
	96,1%	92,1%	97,2%	97,6%	78,8%	95,9%	89,8%	85,7%	84,7%	90,5%	89,4%	79,5%	40,4%	17,6%
	169	93	139	209	151	117	125	145	88	116	126	78	87	–
	39	32	38	50	44	61	55	39	46	33	49	0	0	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	91,9	97,7	77,3	98,0	74,8	70,4	86,8	106,1	85,7	74,3	76,7	117,7	137,5	140,6
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	88	111	106	108	76	112	118	128	128	113	105	112	53	–
	165	178	187	169	123	192	189	213	199	157	169	165	63	390
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	79,5%	75,2%	90,7%	77,7%	87,8%	97,4%	87,3%	72,1%	84,9%	95,3%	90,5%	66,0%	40,8%	23,7%
	69,8	96,3	84,1	56,9	61,6	119,9	89,5	77,8	103,5	108,7	97,5	–	–	–
	25,0	16,6	–	–	13,6	18,8	14,2	12,5	13,8	21,3	16,9	–	–	–
	81,5%	81,7%	76,0%	51,4%	59,2%	93,3%	73,1%	63,9%	78,5%	98,2%	83,0%	–	–	–
	81,5%	81,7%	76,0%	51,4%	59,2%	93,3%	73,1%	63,9%	78,5%	98,2%	83,0%	–	–	–
	4,7	4,3	4,8	4,9	4,6	5,9	4,5	4,5	3,7	3,7	4,7	10,0	7,9	–
	85,3%	93,8%	83,3%	82,3%	87,5%	68,1%	90,0%	89,6%	100,0%	100,0%	85,6%	40,2%	50,7%	–
	85,3%	93,8%	83,3%	82,3%	87,5%	68,1%	90,0%	89,6%	100,0%	100,0%	85,6%	40,2%	50,7%	–

Tableau 5

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Accessibilité	Délais d'attente : médecins	50,0 %	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %	2011
		50,0 %	Proportion des personnes ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois, en %	2011
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Délais d'attente : tests diagnostiques	100,0 %	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques, en %	2011
		16,7 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Délais d'attente : chirurgies	50,0 %	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente, en %	2011
		16,7 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie de la hanche, en %	2012
		16,7 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie du genou, en %	2012
		16,7 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de quatre mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	2012
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Qualité technique	Pertinence des soins	50,0 %	Taux de césariennes, en %	2010-2011
		50,0 %	Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	2010-2011
		40,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Qualité d'exécution	0,0 %	Taux de réadmissions générales dans les 30 jours, en %	2010-2011
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	2010-2011
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	2010-2011
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2010-2011
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins, en %	2010-2011
		60,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	34,4	46,2	41,1	41,2	47,7	45,7	37,9	44,4	41,5	41,4	44,5	–	–	–
	14,5	23,0	15,6	11,4	23,5	12,9	18,1	18,0	17,8	12,8	16,8	–	–	–
	79,6%	76,5%	83,8%	94,3%	76,3%	97,0%	74,9%	82,1%	79,3%	92,8%	84,6%	–	–	–
	48,4	65,6	62,4	46,8	59,0	50,7	46,8	58,8	59,0	58,2	54,7	–	–	–
	78,7%	100,0%	100,0%	76,1%	95,9%	82,4%	76,1%	95,6%	95,9%	94,6%	88,9%	–	–	–
	35,5	38,1	44,9	41,7	34,2	40,6	30,8	31,0	39,5	33,8	37,5	–	–	–
	83	52	60	72	79	89	56	69	84	73	80	–	–	–
	81	35	42	61	76	84	46	55	79	65	75	–	–	–
	82	67	67	85	88	86	61	57	69	83	83	–	–	–
	82,9%	70,6%	78,2%	85,5%	80,8%	91,0%	63,5%	66,7%	85,2%	76,7%	83,9%	–	–	–
	81,1%	77,5%	83,7%	86,9%	81,8%	91,6%	69,4%	76,6%	85,1%	85,0%	85,0%	–	–	–
	33,2	32,9	25,0	29,4	21,9	27,4	21,7	22,2	27,0	28,2	26,9	19,0	20,2	10,8
	7,4	6,4	18,6	14,4	19,0	14,6	30,3	26,9	19,6	18,0	17,7	24,7	33,6	60,4
	44,5%	42,8%	76,4%	62,1%	82,7%	65,1%	96,0%	95,1%	75,4%	70,6%	71,7%	98,2%	99,6%	86,1%
	8,9	8,9	8,2	8,4	8,1	8,6	8,9	9,8	8,3	9,1	8,6	859,0%	977,0%	976,0%
	6,3	6,2	6,2	6,4	6,0	6,6	6,5	7,4	6,5	7,0	6,5	7,4	9,6	9,8
	13,8	13,8	12,3	13,0	12,7	13,3	13,6	15,2	12,9	14,1	13,3	13,3	14,4	17,7
	2,77	2,04	2,37	2,20	2,03	1,81	2,44	2,33	1,88	2,47	2,04	–	–	–
	6,8	8,7	7,6	6,2	6,5	6,9	7,0	7,5	6,0	6,1	6,7	–	–	–
	90,1%	90,3%	90,0%	100,0%	98,5%	93,8%	87,9%	82,3%	97,8%	88,5%	93,4%	–	–	–
	71,9%	71,3%	84,5%	84,8%	92,2%	82,3%	91,1%	87,4%	88,9%	81,4%	84,7%	–	–	–

Tableau 5 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Productivité	Productivité technique	50,0 %	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio	2011-2012
		50,0 %	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	2011-2012
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Productivité clinique	25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	2011-2012
		25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	2011-2012
		25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2011-2012
		25,0 %	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2011-2012
		80,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Globalité	Globalité des services	50,0 %	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2011-2012
		50,0 %	Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	2008
		100,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui indiquent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à la sortie de l'hôpital, en %	2011
		20,0 %	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques, en %	2011
		100,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	6206	6780	8243	9275	9185	9397	7554	9782	6789	7439	8584	2828	3761	–
	3964	4641	3973	6342	3917	7959	8643	7012	4564	3772	5580	–	–	–
	57,9%	65,2%	68,7%	89,2%	73,3%	99,5%	89,8%	94,5%	64,8%	63,2%	80,7%	–	–	–
	52,9	61,7	54,9	58,1	52,5	42,9	54,0	54,2	54,4	46,3	49,0	54,5	–	–
	1,16	1,38	1,55	1,92	1,55	1,69	1,42	1,70	1,80	1,30	1,60	1,89	1,29	–
	3,46	3,57	2,39	3,19	1,97	2,30	–	2,77	2,62	2,20	2,23	2,39	4,29	–
	3,21	3,36	3,30	3,64	2,55	2,75	2,85	2,57	3,07	2,58	2,78	4,79	1,67	–
	82,9%	76,5%	–	71,5%	93,1%	90,7%	85,6%	85,0%	81,0%	99,0%	91,4%	74,6%	–	–
	77,9%	74,3%	79,3%	75,1%	89,2%	92,5%	86,5%	86,9%	77,7%	91,8%	89,2%	62,6%	–	–
	56,7	61,9	76,1	68,0	56,2	69,4	60,9	61,0	63,5	63,9	64,2	57,9	65,8	58,4
	71,4	61,0	69,0	74,0	73,9	73,2	71,0	73,6	74,0	67,9	72,5	66,2	68,4	–
	88,1%	84,7%	96,6%	97,8%	89,4%	98,2%	90,8%	92,6%	94,6%	90,8%	94,1%	85,4%	92,5%	–
	88,1%	84,7%	96,6%	97,8%	89,4%	98,2%	90,8%	92,6%	94,6%	90,8%	94,1%	85,4%	92,5%	–
	–	–	–	–	57	78	–	–	80	–	73	–	–	–
	–	–	–	–	51	73	–	–	77	–	68	–	–	–
	–	–	–	–	22	25	–	–	22	–	24	–	–	–
	–	–	–	–	39	53	–	–	51	–	48	–	–	–
	–	–	–	–	35	72	–	–	66	–	61	–	–	–
	–	–	–	–	71,9%	96,1%	–	–	97,6%	–	89,3%	–	–	–
	–	–	–	–	71,9%	96,1%	–	–	97,6%	–	89,3%	–	–	–

Tableau 6

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Efficacité	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	16,7 %	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	2011-2012
		16,7 %	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	2011-2012
		16,7 %	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2011-2012
		16,7 %	Taux de tabagisme, en %	2011-2012
		16,7 %	Taux de consommation d'alcool, en %	2011-2012
		16,7 %	Taux d'allaitement, en %	2011-2012
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	33,3 %	Proportion des naissances de faible poids, en %	2010
		33,3 %	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	2009
		33,3 %	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	2009
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	50,0 %	Taux normalisé de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	2007-2009
		50,0 %	Taux normalisé de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues, pour 100 000 habitants	2007-2009
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : santé mentale	33,3 %	Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %	2011-2012
		33,3 %	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2009
		33,3 %	Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2009
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Efficacité populationnelle : santé générale	50,0 %	Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	2009-2010
		50,0 %	Espérance de vie à 65 ans, en années	2007-2009
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	49,7	48,4	46,2	48,2	49,9	46,2	45,6	46,9	45,0	39,6	46,2	35,9	45,7	56,5
	25,9	33,7	34,0	33,9	46,8	38,9	36,7	35,3	39,6	41,3	40,5	40,1	33,4	24,2
	26,8	24,7	24,3	26,4	17,1	18,3	20,8	23,7	18,9	14,6	18,3	18,6	26,9	23,5
	23,2	21,5	22,8	22,7	22,4	19,2	20,0	21,9	21,6	15,1	20,1	29,3	35,3	57,0
	26,8	19,9	21,3	20,7	18,7	16,9	21,2	19,8	20,0	16,3	18,2	23,5	31,5	24,1
	57,3	76,1	83,3	73,7	89,3	88,7	92,9	86,0	92,3	95,7	89,4	96,3	95,1	78,1
	69,0%	81,5%	82,0%	79,1%	92,2%	94,2%	88,8%	84,6%	91,1%	99,5%	93,5%	86,5%	73,6%	65,3%
	6,7	5,3	6,2	5,6	5,7	6,6	5,8	5,6	6,8	5,5	6,2	6,3	3,7	7,6
	6,3	3,4	3,4	5,8	4,4	5,0	6,3	6,7	5,5	3,6	4,9	7,8	15,5	14,8
	5,1	2,7	2,6	3,5	3,5	3,9	4,6	3,6	4,2	2,5	3,7	5,2	12,7	9,1
	62,2%	98,8%	95,7%	76,8%	82,6%	72,6%	68,2%	73,5%	68,1%	98,2%	76,0%	60,1%	47,6%	41,0%
	83	72	70	61	62	65	83	76	65	56	65	–	–	–
	128	125	132	129	121	108	142	142	128	113	118	–	–	–
	80,5%	87,0%	85,8%	93,1%	95,2%	95,9%	76,1%	79,4%	90,4%	100,0%	94,2%	–	–	–
	73,2	71,1	71,8	68,4	74,9	72,4	68,4	67,7	72,9	68,7	72,2	68,1	62,8	57,0
	8,9	10,8	13,0	10,4	12,5	8,5	14,1	15,5	12,2	10,2	10,7	5,1	14,9	57,1
	305	333	436	349	422	281	538	536	432	330	363	137	801	3228
	99,8%	91,1%	79,4%	89,6%	82,0%	99,4%	71,6%	69,4%	81,7%	92,0%	89,3%	97,5%	61,7%	34,3%
	78,3	80,9	77,1	78,0	85,7	79,9	78,1	79,6	81,2	81,5	81,4	79,1	81,0	80,7
	18,2	19,3	19,3	19,5	20,1	20,3	19,6	19,7	20,2	20,7	20,2	16,9	16,9	16,9
	91,9%	96,2%	93,9%	94,9%	99,3%	98,0%	95,2%	96,4%	98,5%	99,2%	98,7%	89,2%	90,3%	90,2%
	80,7%	90,9%	87,4%	86,7%	90,3%	92,0%	80,0%	80,6%	86,0%	97,8%	90,3%	66,7%	54,7%	46,1%

Tableau 6 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	100,0 %	Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	2011-2012
		100,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		33,3 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	50,0 %	Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2007-2009
		50,0 %	Écart intraprovincial entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	2005-2007
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Équité de santé en fonction du revenu	100,0 %	Ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation	2011-2012
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Équité interprovinciale des dépenses de santé	100,0 %	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	2012
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	60,3	58,3	57,8	54,3	59,5	60,4	57,6	56,9	62,1	59,9	59,9	57,2	51,9	42,8
	99,0%	95,7%	94,9%	89,1%	97,6%	99,1%	94,5%	93,4%	100,0%	98,3%	98,3%	93,9%	85,2%	70,2%
	99,0%	95,7%	94,9%	89,1%	97,6%	99,1%	94,5%	93,4%	100,0%	98,3%	98,3%	93,9%	85,2%	70,2%
	3,1	3,1	3,4	3,4	3,3	3,0	3,5	3,4	3,1	2,8	3,1	2,8	2,8	2,8
	1,64	1,71	1,71	1,70	1,62	1,57	1,52	1,56	1,59	1,71	1,61	1,64	1,68	2,07
	94,1%	92,0%	88,0%	88,3%	92,0%	97,6%	91,4%	92,3%	95,5%	95,4%	94,9%	97,2%	96,3%	87,4%
	1,34	0,93	1,30	0,99	1,31	1,42	1,78	1,37	1,21	1,32	1,36	–	–	–
	74,6%	93,0%	76,9%	99,0%	76,3%	70,4%	56,2%	73,0%	82,6%	75,8%	73,5%	–	–	–
	73,5	67,1	63,8	64,8	64,2	63,7	66,3	69,1	68,2	64,7	65,1	65,8	69,1	81,8
	100,0%	95,5%	90,8%	92,2%	91,4%	90,7%	94,4%	98,3%	97,1%	92,1%	92,6%	93,6%	98,3%	100,0%
	89,6%	93,5%	85,2%	93,2%	86,6%	86,2%	80,7%	87,9%	91,7%	87,7%	87,0%	–	–	–

Tableau 7

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Panorama sociosanitaire de la population

INDICATEURS*	ANNÉES	NL TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	PE ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NS NOUVELLE-ÉCOSSE
Espérance de vie à la naissance, en années	2007-2009	78,9	80,2	80,1
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %	2011-2012	12,6	17,7	18,2
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	2009	23,8	34,8	33,1
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	2009-2010	13,8	11,7	15,0
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	2011-2012	537	617	491
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2009	548	605	656
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	2009	197	182	178
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	1480	1327	1453
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	2009	193	186	155
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	1032	998	804
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	2009	49,4	52,9	48,3
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	183	224	171

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	80,2	81,2	81,5	79,5	79,6	80,7	81,7	81,1	75,1	75,1	75,1
	18,8	27,3	22,8	21,3	19,0	23,9	21,0	23,2	22,2	19,5	18,8
	30,1	20,4	23,3	34,6	38,2	23,2	26,1	24,5	92,4	57,9	95,0
	14,0	14,0	14,3	16,6	16,3	16,8	16,3	14,9	16,6	14,2	16,8
	578	512	409	657	789	706	545	516	1159	1153	871
	728	447	450	838	1038	595	679	546	1875	1513	2126
	177	175	154	166	156	152	144	160	217	172	378
	1287	1395	1199	1320	1199	1149	1137	1255	1673	1149	2441
	149	126	141	159	160	162	132	141	155	192	146
	779	623	627	840	822	652	560	649	660	816	944
	46,1	43,0	37,3	41,3	43,2	41,5	40,0	40,9	75,4	79,2	205,6
	187	146	136	180	213	177	159	154	242	602	727

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

La section qui suit présente l'analyse des grandes tendances et des résultats pour les régions du Québec, pour chacune des dimensions des quatre fonctions du modèle d'appréciation de la performance utilisé par le Commissaire. Selon les résultats examinés, les observations peuvent porter sur une ou plusieurs régions, ou encore sur des regroupements de régions. La figure 16 définit cinq groupes de régions qui permettent avant tout de synthétiser l'information. Par la suite, l'analyse des relations entre les fonctions de la performance est présentée, ainsi qu'une section portant sur les réussites et les défis des régions du Québec.

FIGURE 16
Groupes de régions[7]

RÉGIONS UNIVERSITAIRES

- 03 Capitale-Nationale
- 05 Estrie
- 06 Montréal

RÉGIONS INTERMÉDIAIRES

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 07 Outaouais

RÉGIONS ISOLÉES

- 10 Nord-du-Québec
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie

RÉGIONS ÉLOIGNÉES

- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

7. Les résultats des régions isolées ne sont pas analysés, car le manque de données ne permet pas d'obtenir les résultats agrégés pour l'ensemble des dimensions et des sous-dimensions.

L'encadré ci-après présente les résultats pour certains indicateurs dressant un panorama sociosanitaire de la population pour les régions ou les groupes de régions du Québec. Ces indicateurs permettent de mieux asseoir l'analyse en prenant acte de la situation comparative des régions à l'égard de la santé de leur population.

Panorama sociosanitaire de la population

Les indicateurs retenus pour le panorama sociosanitaire de la population sont l'espérance de vie à la naissance, le stress perçu par la population, la mortalité par traumatismes non intentionnels, les années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, les hospitalisations à la suite d'une blessure, de même que les années potentielles de vie perdues et la mortalité par cancer ou par maladies du système respiratoire ou circulatoire.

Selon les résultats obtenus pour ces indicateurs, les régions de Laval, de Montréal et de Chaudière-Appalaches présentent les portraits de santé populationnelle les plus favorables. C'est ce qu'on observe globalement pour les régions universitaires et celles en périphérie des régions universitaires. Les régions éloignées et intermédiaires obtiennent des résultats généralement plus bas que ceux de l'ensemble du Québec. C'est le cas pour les indicateurs liés à la mortalité et aux années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire ou circulatoire, de même que pour ceux relatifs aux blessures et à la mortalité par traumatismes non intentionnels.

Adaptation

Les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'adaptation sont présentées dans le tableau 8.

TABLEAU 8
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau régional

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Disponibilité des ressources	Capacité financière	Se doter de ressources financières (ex. : dépenses de santé par habitant)
	Capacité humaine	Se doter de ressources humaines (ex. : nombre d'infirmières)
	Capacité matérielle	Se doter de ressources matérielles (ex. : nombre de lits de courte durée et nombre de lits de longue durée)
Innovation et transformation	Utilisation des ressources innovantes*	Intégrer des éléments innovateurs sur le plan systémique (ex. : nombre d'infirmières praticiennes spécialisées)
	Utilisation des technologies par les médecins	Intégrer des technologies informatiques innovantes dans la pratique médicale (ex. : utilisation des dossiers électroniques)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	Prodiguer les services adéquats dans une situation donnée (ex. : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires)
	Facilité d'entrée	Avoir accès à des professionnels de la santé pour la population (ex. : population ayant un médecin régulier)
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	Utiliser certains examens diagnostiques en fonction des besoins de la population (ex. : nombre d'examens en tomodensitométrie et nombre d'examens en résonance magnétique)
	Adéquation de l'utilisation : services médicaux	Utiliser les services médicaux en fonction des besoins attendus (ex. : indice de consommation des services médicaux spécialisés)
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	Utiliser certains services hospitaliers en fonction des besoins de la population (ex. : hospitalisations en soins de courte durée)
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	Pratiquer un nombre de chirurgies en fonction des besoins de la population (ex. : taux d'arthroplasties du genou et taux d'arthroplasties de la hanche)
	Adéquation de l'utilisation : services CLSC*	Utiliser les services offerts par les CLSC en fonction des besoins de la population (ex. : utilsation des services en CLSC)
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	Soutenir le système de santé et de services sociaux en matière de solidarité sociale (ex. : dons dans le budget de santé d'une région)
	Action communautaire*	Soutenir le système de santé et de services sociaux grâce aux actions concertées du milieu (ex. : dépenses pour les organismes communautaires)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Attractivité régionale*	Capacité de rétention*	Se doter des soins et services permettant de traiter les patients dans la région (ex. : rétention des hospitalisations)
	Capacité d'attraction*	Se doter des soins et services permettant d'attirer des clientèles extrarégionales (ex. : desserte extrarégionale des hospitalisations)
	Autosuffisance hospitalière*	Se doter des soins et services permettant de s'autosuffire (ex. : solde migratoire des hospitalisations)
Viabilité	Santé administrative	Veiller à l'équilibre entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins (ex. : proportion des dépenses administratives)
	Santé financière*	Veiller à respecter les budgets (ex. : déficit non autorisé des établissements)
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : infirmières*	Attirer et retenir la main-d'œuvre infirmière (ex. : infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi)
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins*	Attirer et retenir la main-d'œuvre en médecine (ex. : niveau d'atteinte des besoins normalisés en médecins de famille)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

En ce qui concerne la disponibilité des ressources, les résultats indiquent que les régions universitaires disposent d'une forte capacité financière, humaine et matérielle, particulièrement Montréal et la Capitale-Nationale. Pour leur part, les régions en périphérie des régions universitaires, de même que l'Outaouais et la Mauricie et Centre-du-Québec, ont des niveaux de ressources en dessous de ceux de l'ensemble du Québec, alors que les régions éloignées, surtout la Côte-Nord, ont des dotations en ressources plus élevées.

En regard de la dimension de l'innovation et transformation, l'utilisation des technologies informatiques par les médecins est particulièrement élevée en Estrie (95,7 % d'atteinte de la balise). Les régions de Laval (75,5 % d'atteinte de la balise) et de Lanaudière (81,9 % d'atteinte de la balise) se démarquent aussi favorablement de l'ensemble du Québec (63,8 % d'atteinte de la balise).

En ce qui a trait à l'ajustement aux besoins de la population, la région de Chaudière-Appalaches obtient le meilleur résultat québécois. Les régions intermédiaires du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec et du Saguenay–Lac-Saint-Jean présentent toutes de très bons résultats, de même que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et l'Estrie. À l'exception de Chaudière-Appalaches, les régions en périphérie des régions universitaires ont toutefois plus de difficulté à s'ajuster aux besoins de leur population, tout comme l'Outaouais et Montréal. Il est à noter que l'indicateur de la proportion de la population inscrite en GMF a été remplacé par la proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.

La mobilisation de la communauté est plus élevée dans les régions éloignées, alors qu'elle est beaucoup plus faible que celle de l'ensemble du Québec pour toutes les régions en périphérie des régions universitaires.

La dimension de l'attractivité régionale se caractérise par des résultats élevés pour les régions universitaires, de même que pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue. À l'inverse, les régions de Laval, de Lanaudière et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine présentent les plus faibles taux d'attractivité régionale.

En regard de la dimension de la viabilité, l'ensemble du Québec obtient un résultat de 81,2 % d'atteinte de la balise. Les régions se démarquant favorablement sont la Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches et Laval. Par contre, l'Outaouais et les Laurentides montrent des taux plus préoccupants, surtout liés à la santé financière et à la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre.

Production

Les dimensions et les sous-dimensions qui composent la fonction de production sont regroupées dans le tableau 9. La dimension de l'humanisation a été bonifiée de deux indicateurs.

TABLEAU 9
Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau régional

Production – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Accessibilité	Délais d'attente : chirurgies*	Permettre un accès rapide aux chirurgies (ex. : patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou)
	Délais d'attente : services sociaux*	Permettre un accès rapide aux services sociaux (ex. : attente en application des mesures de protection de la jeunesse)
	Perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des soins*	Mesurer la perception des patients par rapport à l'enjeu de l'accessibilité et de la rapidité (ex. : satisfaction des patients à l'égard de l'accessibilité des services)
	Fluidité dans le système*	Permettre un parcours de soins sans heurts et sans attente déraisonnable, même une fois la prise en charge entamée (ex. : séjour moyen sur civière à l'urgence)
Qualité technique	Sécurité des soins*	Éviter pour les usagers de subir des complications liées aux soins prodigués ou à l'environnement (ex. : pourcentage d'installations ayant un taux d'incidence observé de DACD inférieur ou égal au taux d'incidence établi, en %)
	Pertinence des soins	Prodiguer des soins selon un cadre de pratiques reconnues comme bénéfiques pour les patients (ex. : taux de césariennes)
	Qualité d'exécution	Prodiguer des soins de manière compétente avec un haut standard d'excellence (ex. : taux de réadmissions)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

Production – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Productivité	Productivité technique	Utiliser les ressources matérielles avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : nombre d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie)
	Productivité financière*	Utiliser les ressources financières avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : coût par cas pondéré)
	Productivité clinique	Répondre aux impératifs des soins et services dans les meilleurs délais (ex. : nombre d'heures par cas pondéré dans le service de laboratoire)
Globalité	Globalité des services	Offrir une gamme de services élargie (ex. : vaccination contre l'influenza chez les 65 ans et plus)
	Globalité des soins*	Offrir des soins répondant à un ensemble plus global de besoins (ex. : satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services)
Humanisation*	Perception des usagers du niveau d'humanisation*	Mesurer la perception des patients par rapport à l'humanisation dans les soins et services (ex. : satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients)
	Arrangements organisationnels*	Rendre les soins plus supportables et mieux adaptés aux patients (ex. : proportion de lits en chambres privées)
Continuité et coordination	Perception des usagers de la continuité*	Mesurer la perception des patients par rapport à la continuité dans le processus de soins donnés aux patients (ex. : satisfaction des usagers à l'égard de la continuité)
	Coordination des services*	Assurer une coordination adéquate entre les différentes étapes du processus de soins et les divers intervenants (ex. : aînés admis à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

La production est grandement influencée par l'accessibilité des soins et services. L'ensemble du Québec montre d'ailleurs de faibles résultats pour les sous-dimensions des délais d'attente pour des services sociaux (46,9 % d'atteinte de la balise) et de la fluidité dans le système (49,8 %), un constat qui ne montre pas de signes d'amélioration par rapport à l'année passée. Les délais d'attente pour une chirurgie (80,8 % d'atteinte de la balise) et la perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des services (83,2 %) sont cependant nettement plus favorables. Pour la dimension de l'accessibilité dans son ensemble, les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale et du Bas-Saint-Laurent présentent les meilleurs résultats d'atteinte de la balise, alors que les régions de Laval, des Laurentides et de la Montérégie obtiennent les plus bas.

Pour ce qui est de la qualité technique des soins, la sous-dimension de la sécurité des soins a été remaniée et compte désormais deux indicateurs portant sur les infections nosocomiales dans les établissements de santé des régions. Cette sous-dimension se distingue par la performance élevée d'une majorité de régions : onze régions obtiennent en effet des résultats de 85,0 % et plus d'atteinte de la balise. Par contre, les résultats des régions de Chaudière-Appalaches, de Montréal, de l'Outaouais et de la Côte-Nord sont plus préoccupants. La pertinence des soins, qui s'appuie sur des indicateurs relatifs à l'accouchement, montre des résultats favorables pour Lanaudière, Laval, la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Estrie. À l'opposé, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches obtiennent des résultats d'atteinte de la balise largement en dessous de ceux de l'ensemble du Québec. Pour la dimension de la qualité d'exécution, étayée par des indicateurs de taux de réadmissions, les régions éloignées de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont des performances moins favorables que celles de l'ensemble du Québec. C'est également le cas du Saguenay–Lac-Saint-Jean. En bref, les régions de Lanaudière, de Laval, du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Estrie présentent des résultats favorables pour l'ensemble de la dimension de la qualité technique, alors que ceux des régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches et de Montréal sont inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec (81,4 %).

La dimension de la productivité se mesure par trois sous-dimensions, dont la productivité technique, pour laquelle les régions éloignées occupent les trois derniers rangs. Pour la productivité financière, ce sont plutôt les régions universitaires qui présentent les résultats les plus faibles, alors que ce sont les régions de Laval et de Chaudière-Appalaches qui performent le mieux. En productivité clinique, on observe une performance favorable pour les régions éloignées, alors que Montréal arrive au 15e et dernier rang avec un résultat largement moins favorable que celui de toutes les autres régions du Québec. Dans l'ensemble, les résultats d'atteinte de la balise en productivité sont moins élevés pour les régions éloignées, le Bas-Saint-Laurent, Montréal et les Laurentides, alors que Chaudière-Appalaches et Laval montrent les meilleurs résultats.

Pour la globalité des services et la globalité des soins, les régions éloignées de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord, de même que le Saguenay–Lac-Saint-Jean, se démarquent favorablement de l'ensemble du Québec, alors que Montréal et l'Outaouais obtiennent des résultats sous la barre des 80,0% d'atteinte de la balise. Toutes les autres régions se rapprochent de l'ensemble du Québec (83,4% d'atteinte de la balise).

Pour la dimension de l'humanisation, deux indicateurs ont été ajoutés, soit la proportion de patients à l'urgence pour des problèmes de santé mentale sur civière pendant plus de 48 heures et le ratio des minutes par jour-présence des patients en CHSLD consacrées aux activités d'animation et de loisirs. Pour l'ensemble du Québec, on observe de très bons résultats d'atteinte de la balise pour la sous-dimension de la perception des usagers du niveau d'humanisation (87,0%) et un résultat plus faible pour les arrangements organisationnels (40,0%). Dans l'ensemble, le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et Chaudière-Appalaches se démarquent pour leurs hauts niveaux d'atteinte de la balise en humanisation, alors que l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue se situent aussi de manière favorable par rapport à l'ensemble du Québec.

Enfin, les résultats de la dimension de la continuité et coordination indiquent que les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et de Montréal obtiennent les meilleurs résultats. Les régions en périphérie des régions universitaires présentent les niveaux d'atteinte de la balise les plus bas. Les résultats de cette dimension doivent toutefois être interprétés avec prudence, étant donné qu'ils ne s'appuient que sur deux indicateurs. Nous travaillons d'ailleurs à bonifier la mesure de cette dimension grâce à l'ajout d'indicateurs.

Maintien et développement

La fonction de maintien et développement des valeurs du système est mesurée grâce à la dimension de la qualité de vie au travail, qui se décline elle-même en trois sous-dimensions, présentées dans le tableau 10.

TABLEAU 10
Dimensions et sous-dimensions de la fonction de maintien et développement au niveau régional

Maintien et développement – Régional		
Dimension	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Qualité de vie au travail	Environnement de travail	Valoriser le développement des compétences des employés et la confiance mutuelle (ex. : heures travaillées consacrées à la formation)
	Climat et satisfaction	Mesurer la perception des employés à propos de divers aspects de leur qualité de vie au travail (ex. : satisfaction du personnel à l'égard du leadership)
	État de santé des employés	Donner accès à un environnement de travail sain et sécuritaire favorisant un bon état de santé chez les employés (ex. : absentéisme par rapport aux heures travaillées)

La mesure de la fonction de maintien et développement du système s'appuie sur une seule dimension, soit la qualité de vie au travail (tableau 10). Pour la sous-dimension de l'environnement de travail, l'ensemble du Québec obtient un résultat de 74,4 % d'atteinte de la balise. Les résultats pour la sous-dimension du climat et satisfaction et celle de l'état de santé des employés sont respectivement de 71,0 % et de 84,6 % d'atteinte de la balise. Pour ce qui est de la performance des régions, elle a pu être mesurée par des indicateurs supplémentaires pour lesquels des données étaient disponibles. Les résultats indiquent que la Capitale-Nationale et l'Estrie se démarquent favorablement par rapport à l'ensemble du Québec. À l'opposé, la Côte-Nord se classe au 15e rang, alors que l'Outaouais et les régions en périphérie des régions universitaires (les Laurentides, la Montérégie et Lanaudière) présentent des niveaux d'atteinte de la balise plus faibles que ceux de l'ensemble du Québec. La région de Montréal se classe en 8e position, grâce au plus haut niveau d'atteinte de la balise pour la sous-dimension de l'état de santé des employés, bien qu'elle arrive au 14e rang pour la sous-dimension du climat et satisfaction et au 9e rang pour l'environnement de travail, ce qui révèle un certain écart par rapport à l'ensemble du Québec. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les régions universitaires récoltent les meilleurs résultats pour l'état de santé des employés.

Atteinte des buts

Cette section présente les résultats des régions du Québec pour les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts, qui sont présentées dans le tableau 11.

TABLEAU 11
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau régional

Atteinte des buts – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Efficacité	Efficacité d'utilisation : mortalité hospitalière*	Diminuer la mortalité hospitalière lors de l'utilisation des services hospitaliers (ex. : mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un AVC)
	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	Exercer une influence positive afin de contribuer à l'appropriation de bonnes habitudes de vie (ex. : taux de tabagisme)
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	Diminuer la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants (ex. : taux de mortalité infantile)
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès liés à des causes traitables ou ayant pu être prévenues (ex. : taux de mortalité liée à des causes traitables)
	Efficacité populationnelle : mortalité adulte*	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès chez les adultes (ex. : taux de mortalité pour les personnes âgées de 20 à 64 ans)
	Efficacité populationnelle : santé mentale	Exercer une influence positive sur la santé mentale de la population (ex. : taux de mortalité par suicide)
	Efficacité populationnelle : santé générale	Exercer une influence positive sur la santé générale de la population (ex. : espérance de vie à 65 ans)
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	Satisfaire les attentes de la population par rapport au système (ex. : nombre de plaintes)

* Cette dimension ou cette sous-dimension ne se trouve que dans l'analyse régionale.

Atteinte des buts – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Équité	Équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du niveau de défavorisation matérielle (ex. : écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance)
	Équité de santé intrarégionale en fonction du genre	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du sexe (ex. : écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans)

L'atteinte des buts est soutenue par trois dimensions. La dimension de l'efficacité permet d'observer certaines tendances régionales bien définies. L'efficacité d'utilisation par rapport à la mortalité hospitalière confère à Lanaudière et à l'Estrie les meilleurs résultats, alors que les régions éloignées ainsi que le Bas-Saint-Laurent ont les plus faibles résultats. Pour ce qui est des habitudes de vie, alors que les régions universitaires, plus particulièrement Montréal et la Capitale-Nationale, se démarquent favorablement de l'ensemble du Québec, les régions éloignées et le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent les résultats les plus bas parmi les régions du Québec. Aussi, l'Outaouais se démarque favorablement de toutes les régions du Québec pour l'efficacité populationnelle relative à la morbidité et la mortalité infantile. Pour la dimension de l'efficacité populationnelle liée à la mortalité adulte, on constate que les régions éloignées et intermédiaires obtiennent toutes des résultats moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec. L'efficacité populationnelle en santé mentale se caractérise par des résultats largement plus favorables pour Montréal et Laval que pour l'ensemble du Québec. Bien qu'elle soit composée de multiples sous-dimensions, l'efficacité se traduit par des résultats qui sont, dans l'ensemble, favorables pour les régions de Laval et de Lanaudière. À l'exception de l'Outaouais (5e rang), les régions éloignées et intermédiaires obtiennent des niveaux d'atteinte de la balise plus faibles que ceux de l'ensemble du Québec. La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est celle dont le résultat est le plus faible.

La satisfaction globale de la population est plus élevée pour les régions en périphérie des régions universitaires, à l'exception de Chaudière-Appalaches (10e rang). L'Estrie se classe en 4e position, alors que Montréal se place au 15e rang, en raison d'un nombre de plaintes très élevé par rapport à sa population. Les régions éloignées de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue se situent respectivement au 14e et au 13e rang parmi les régions du Québec.

Finalement, l'équité est mesurée grâce à deux sous-dimensions, dont la première est l'équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de défavorisation. La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, la Côte-Nord et le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent les meilleurs niveaux d'atteinte de la balise, tandis que la Capitale-Nationale et la Mauricie et Centre-du-Québec, les résultats les plus défavorables. Quant à l'équité de santé intrarégionale en fonction du genre, ce sont les régions des Laurentides, de Lanaudière, de Laval et de l'Outaouais qui ont les meilleurs résultats en proportion d'atteinte de la balise, alors que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine arrive au 15e rang. Pour l'ensemble de la dimension d'équité, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et la Côte-Nord se démarquent favorablement de l'ensemble du Québec, alors que la Capitale-Nationale et la Mauricie et Centre-du-Québec occupent les 15e et 14e positions.

ANALYSE DES RELATIONS ENTRE LES FONCTIONS DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU RÉGIONAL

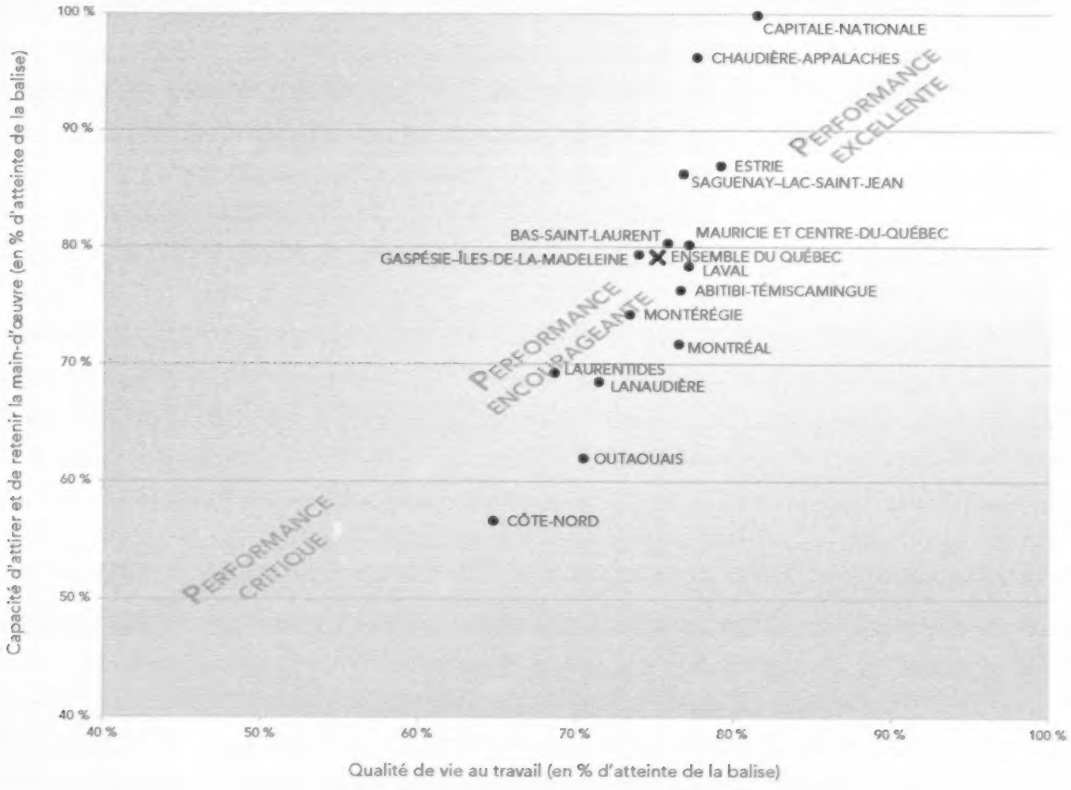
La présente section met en relation, pour les régions du Québec, les fonctions de la performance pour évaluer comment l'une se répercute sur l'autre à travers les dimensions qui les composent. Cela permet de pousser plus loin l'analyse faite précédemment et d'y apporter certains éclaircissements supplémentaires, tout en faisant des liens. Les relations retenues pour l'analyse au niveau régional sont l'alignement contextuel, l'alignement tactique, l'analyse de l'efficience et l'arbitrage de production.

Alignement contextuel

L'alignement contextuel met en relation des dimensions de la fonction d'adaptation et de la fonction de maintien et développement. Comme il a été mentionné auparavant, c'est le lien entre la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre et la qualité de vie au travail qui est analysé. La figure 17 montre que les régions obtiennent généralement des résultats équivalents pour les deux dimensions croisées, du moins en ce qui concerne le rang. Les régions qui réussissent le mieux à attirer et à retenir la main-d'œuvre sont aussi celles qui offrent la meilleure qualité de vie au travail, alors que l'inverse est aussi vrai. Cette observation semble appuyer le fondement de la relation analysée, soit que le fait d'attirer et de retenir la main-d'œuvre a un impact positif sur la qualité de vie au travail et que permettre aux ressources humaines de bénéficier d'une bonne qualité de vie au travail se répercute favorablement sur la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre. En outre, les régions de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches, de l'Estrie et du Saguenay–Lac-Saint-Jean sont celles qui ont la meilleure performance, alors que la Côte-Nord et l'Outaouais se situent dans une zone de performance plus préoccupante.

FIGURE 17

Analyse régionale de l'alignement contextuel entre la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre et la qualité de vie au travail

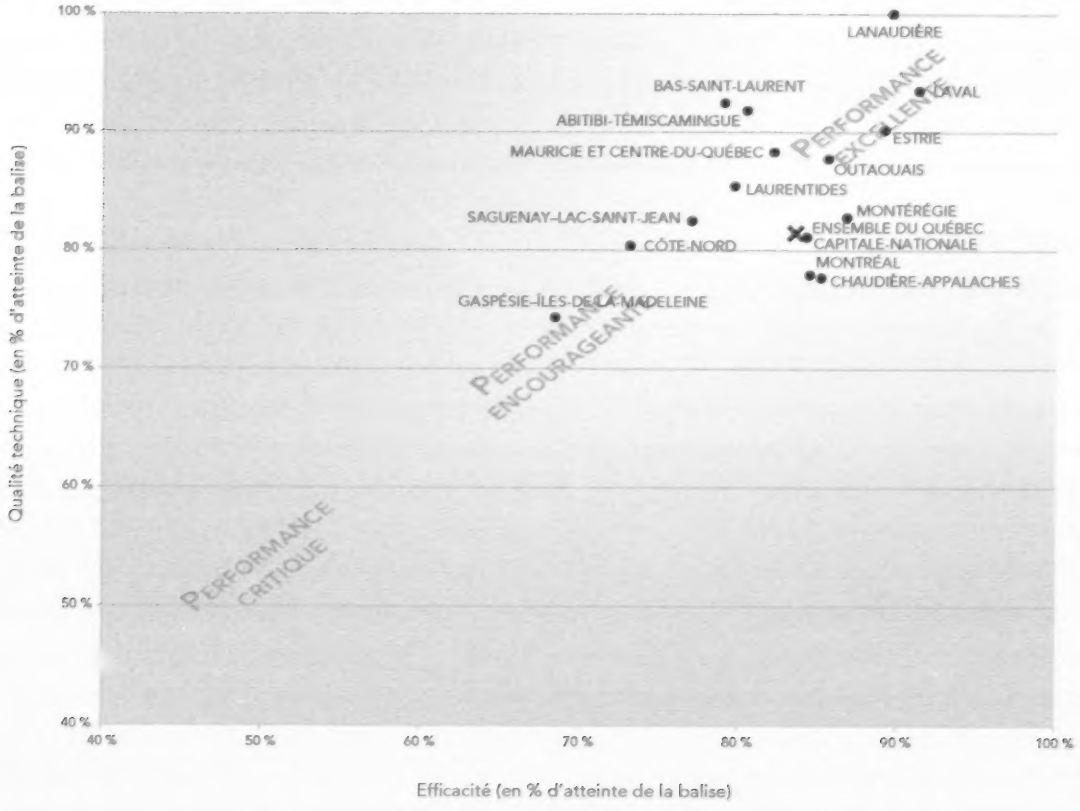


Alignement tactique

L'alignement tactique met en relation des dimensions de la fonction de production et de la fonction de l'atteinte des buts du système de santé et de services sociaux. Le lien entre la qualité technique et l'efficacité est celui retenu, en raison des liens existant entre ces deux dimensions selon la littérature scientifique. Une meilleure qualité technique des soins et services entraîne généralement une meilleure efficacité, c'est-à-dire une réduction de la durée et des effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux. La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est celle qui montre les résultats les plus préoccupants pour cet alignement, tandis que les régions de Laval et de Lanaudière sont les plus performantes (figure 18).

FIGURE 18

Analyse régionale de l'alignement tactique entre la qualité technique et l'efficacité



Analyse de l'efficience

L'analyse de l'efficience met en relation le niveau de disponibilité des ressources avec la performance d'autres dimensions. On cherche à savoir si, en fonction des ressources disponibles, on parvient à des résultats satisfaisants. Pour classer les régions selon leur niveau d'efficience, on analyse chacune d'elles en fonction de cinq dimensions. Il s'agit donc de comparer les résultats obtenus pour la disponibilité des ressources (capacité financière, humaine et matérielle) avec les résultats de cinq dimensions ayant une validité statistique (ajustement aux besoins de la population, accessibilité, qualité technique, humanisation et efficacité). Lorsque le résultat d'une des cinq dimensions dépasse le niveau de disponibilité des ressources, la région obtient un point d'efficience. Une région peut donc récolter de zéro à cinq points d'efficience. On juge qu'une région accumulant quatre ou cinq points d'efficience a une efficience élevée. L'efficience est moyenne pour deux ou trois points et faible pour zéro ou un point. Par exemple, une région pour laquelle les résultats de trois des cinq dimensions seraient plus élevés que le niveau de disponibilité des ressources serait jugée moyennement efficiente.

Les résultats montrent que les régions en périphérie des régions universitaires ainsi que les régions intermédiaires obtiennent les plus hauts niveaux d'efficience. L'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue présentent des niveaux d'efficience moyens. Les régions universitaires de Montréal et de la Capitale-Nationale ont de faibles niveaux d'efficience, de même que les régions éloignées de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (figure 19).

FIGURE 19
Analyse régionale de l'efficience

Synthèse de l'efficience		
Efficience élevée	**Efficience moyenne**	**Efficience faible**
Chaudière-Appalaches Laval Lanaudière Laurentides Montérégie Mauricie et Centre-du-Québec Outaouais Bas-Saint-Laurent Saguenay–Lac-Saint-Jean	Estrie Abitibi-Témiscamingue	Capitale-Nationale Montréal Côte-Nord Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

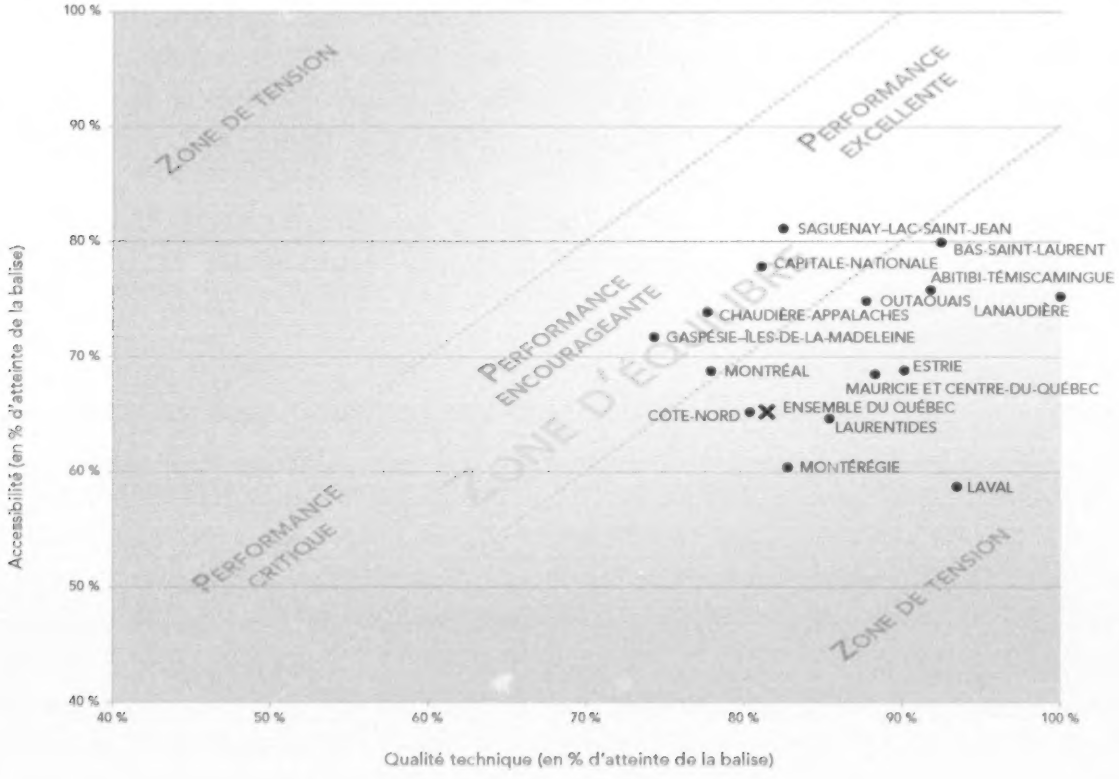
Arbitrage de production

L'arbitrage de production est une relation qui s'observe quand deux dimensions peuvent agir l'une au détriment de l'autre. Par exemple, une rupture de l'équilibre qui favoriserait l'accessibilité ou encore la productivité pourrait avoir de graves impacts sur la qualité. Ainsi, la performance est l'expression d'un équilibre entre les exigences de chaque dimension, qui peuvent être contradictoires.

Pour l'arbitrage entre l'accessibilité et la qualité technique (figure 20), la plupart des régions se trouvent dans une zone de tension : les hauts niveaux de qualité technique s'accompagnent d'une performance plus faible en accessibilité. Les régions qui montrent un équilibre entre l'accessibilité et la qualité technique et qui obtiennent une bonne performance sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean et la Capitale-Nationale.

FIGURE 20

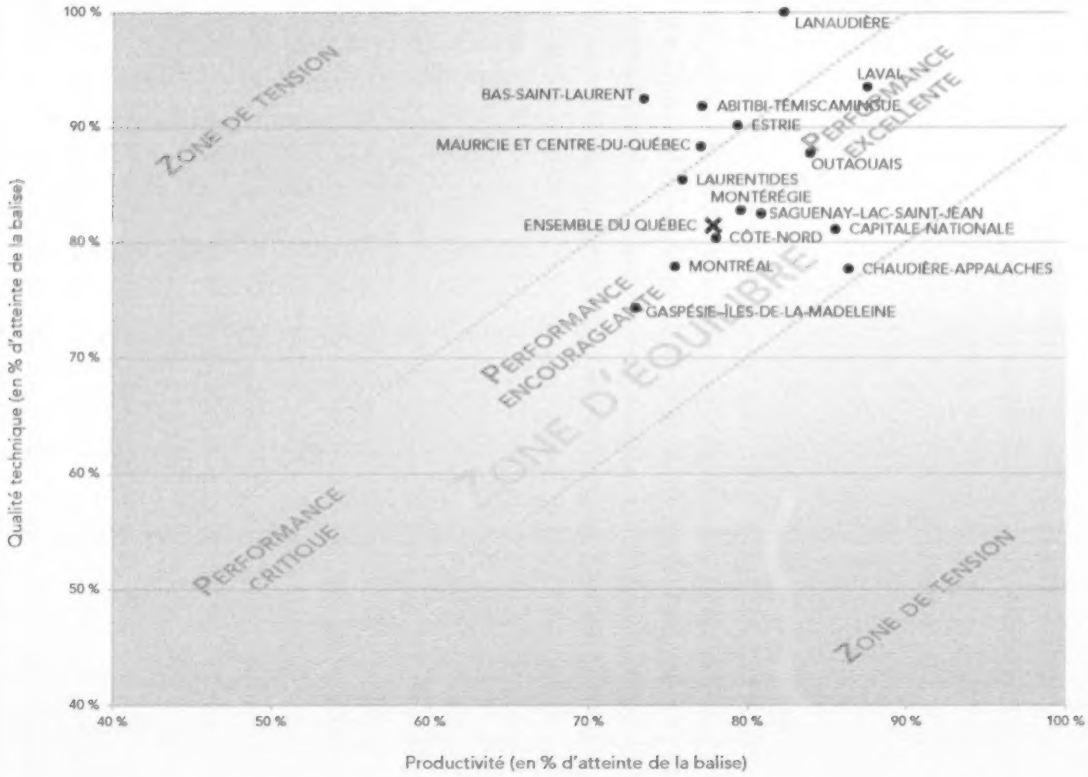
Analyse régionale de l'arbitrage de production entre l'accessibilité et la qualité technique



La plupart des régions montrent un bel équilibre entre la qualité technique et la productivité (figure 21). Les régions de l'Outaouais et de Laval sont celles qui, en plus de se situer dans la zone d'équilibre, présentent une excellente performance.

FIGURE 21

Analyse régionale de l'arbitrage de production entre la qualité technique et la productivité



RÉUSSITES ET DÉFIS POUR LES RÉGIONS DU QUÉBEC

L'analyse des résultats au niveau régional permet de faire ressortir des constats plus généraux sur la performance des régions et des groupes de régions. Selon les indicateurs retenus, la région de la Chaudière-Appalaches est celle qui réussit le mieux à s'ajuster aux besoins de sa population, suivie par le Bas-Saint-Laurent, la Mauricie et Centre-du-Québec et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Les régions de l'Outaouais, de Montréal et de Laval sont celles qui obtiennent les plus bas résultats pour cette dimension.

De plus, les régions de Montréal et de l'Outaouais présentent les plus faibles résultats pour la globalité des services et la globalité des soins, alors que l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et le Saguenay–Lac-Saint-Jean ont les meilleurs résultats pour ces sous-dimensions de la performance.

Pour l'analyse régionale de l'accessibilité, le nombre élevé d'indicateurs permet de dresser un portrait préoccupant à certains égards. Alors que la plupart des régions obtiennent de bons résultats pour les délais d'attente pour les chirurgies (80,8 % d'atteinte de la balise pour l'ensemble du Québec), les sous-dimensions des délais d'attente pour les services sociaux (46,9 % d'atteinte de la balise) et de la fluidité dans le système (49,8 %) font moins bonne figure. Pour cette dernière sous-dimension, on observe d'ailleurs une augmentation de la durée des séjours moyens sur civière à l'urgence, ainsi qu'une plus grande proportion des séjours de 24 heures et plus sur civière à l'urgence, comparativement à l'année précédente (CSBE, 2013).

Les régions en périphérie des régions universitaires et les régions universitaires obtiennent généralement les meilleurs résultats pour la dimension de l'efficacité, tout comme pour une majorité d'indicateurs du panorama sociosanitaire de la population. À l'opposé, ce sont les régions éloignées qui obtiennent les résultats les plus faibles, suivies des régions intermédiaires.

Par ailleurs, les régions de Laval, de Lanaudière, du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Estrie présentent toutes des résultats favorables pour la qualité technique, alors que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Montréal et Chaudière-Appalaches ont les plus bas résultats de performance pour cet indicateur. On note aussi que les régions en périphérie des régions universitaires et les régions intermédiaires sont les régions les plus efficientes.

Pour ce qui est de l'humanisation des soins et services, autant pour la perception des usagers du niveau d'humanisation que pour les arrangements organisationnels, ce sont les régions en périphérie des régions universitaires de même que l'Outaouais qui ont les plus faibles résultats, à l'exception de Chaudière-Appalaches, qui présente de bons résultats. La Capitale-Nationale et Montréal ont aussi des résultats préoccupants, alors que le Bas-Saint-Laurent et le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent de bons résultats. Ainsi, le résultat pour l'ensemble du Québec (63,5 % d'atteinte de la balise), enrichi par l'ajout de deux nouveaux indicateurs, demeure toujours préoccupant.

Le nouvel alignement contextuel permet de voir que les régions qui réussissent le mieux à attirer et à retenir la main-d'œuvre sont aussi celles qui offrent la meilleure qualité de vie au travail, et vice-versa. Les régions de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches, de l'Estrie et du Saguenay–Lac-Saint-Jean sont celles qui tirent les meilleurs résultats de cette relation de performance. Par contre, la Côte-Nord, l'Outaouais et les Laurentides obtiennent des résultats plus faibles dans ces deux aspects de la performance.

Tableau 12

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Disponibilité des ressources	Capacité financière	25,0 %	Dépenses publiques de santé par habitant pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, en $ CAN	2010-2011	3511	2950	3835
		50,0 %	Coût ajusté par habitant du programme-service Santé physique, en $ CAN	2011-2012	1182	939	1386
		10,0 %	Coût ajusté par habitant du programme-service Santé mentale, en $ CAN	2011-2012	210	129	202
		15,0 %	Coût ajusté par habitant de 65 ans et plus du programme-service Perte d'autonomie liée au vieillissement, en $ CAN	2011-2012	2072	2020	2601
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,0 %	75,6 %	97,9 %
	Capacité humaine	20,0 %	Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	2011	1,29	1,18	1,08
		20,0 %	Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	2011	1,73	1,46	2,10
		0,0 %	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2011	3,00	2,60	3,20
		20,0 %	Nombre d'effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants	2011-2012	36,7	33,1	38,0
		30,0 %	Nombre d'infirmières en équivalents temps complet (ETC), pour 1 000 habitants	2011-2012	8,8	6,6	7,4
		10,0 %	Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	2013	160	92	117
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,9 %	81,0 %	90,2 %
	Capacité matérielle	80,0 %	Nombre de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants	2011-2012	2,47	2,15	2,64
		20,0 %	Nombre de lits de soins de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus	2011-2012	31,9	30,3	43,6
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,6 %	83,8 %	100,0 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		94,1 %	80,1 %	96,0 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (*www.csbe.gouv.qc.ca*).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	2211	1799	1761	1801	1829	2972	2779	2519	2082	2956	3366	3552	2728	4032	–	–
	568	540	510	592	559	784	820	608	689	813	1086	741	892	–	–	–
	128	80	114	95	94	148	131	118	115	127	126	168	146	–	–	–
	2068	1888	2755	2203	2253	1855	1752	1813	2888	2880	3299	1946	2297	–	–	–
	55,4 %	48,1 %	52,6 %	52,5 %	51,6 %	69,5 %	68,3 %	57,4 %	62,9 %	74,6 %	89,3 %	73,2 %	74,3 %	–	–	–
	1,01	0,82	0,78	0,89	0,88	1,37	1,17	1,03	0,92	1,31	1,63	1,99	1,05	3,17	3,17	3,17
	0,74	0,66	0,55	0,48	0,64	1,07	0,90	0,81	0,67	1,00	0,83	1,18	1,16	0,31	0,31	0,31
	1,60	1,50	1,30	1,40	1,50	2,40	2,10	1,80	1,60	2,30	2,50	3,20	2,20	3,50	3,50	3,50
	23,6	18,2	18,0	17,8	18,0	31,3	31,0	26,8	20,7	32,5	31,6	36,8	27,7	38,4	75,5	70,3
	4,8	3,4	3,4	3,2	3,4	6,5	6,9	5,5	3,8	6,0	6,1	7,3	5,5	8,7	11,8	9,1
	107	101	83	77	90	111	114	91	64	89	75	96	103	61	61	61
	59,9 %	48,0 %	44,7 %	44,1 %	47,6 %	78,7 %	76,1 %	64,2 %	49,3 %	74,3 %	75,3 %	88,7 %	69,8 %	78,2 %	78,2 %	78,2 %
	1,26	1,08	1,17	1,28	1,27	2,19	2,63	1,98	1,33	2,02	2,26	2,13	1,88	2,19	1,26	–
	29,1	22,8	27,2	24,0	24,1	28,3	25,9	28,7	27,9	30,9	30,2	27,2	31,0	24,9	26,2	–
	55,5 %	46,3 %	51,6 %	53,2 %	53,0 %	83,9 %	94,6 %	77,6 %	57,0 %	80,1 %	87,1 %	81,4 %	75,8 %	81,9 %	53,8 %	–
	56,9 %	47,5 %	49,6 %	50,0 %	50,7 %	77,4 %	79,7 %	66,4 %	56,4 %	76,3 %	83,9 %	81,1 %	73,3 %	–	–	–

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Innovation et transformation	Utilisation des ressources innovantes	0,0 %	Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, pour 100 000 habitants	2011-2012	2,74	2,26	2,18
		0,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		–	–	–
	Utilisation des technologies informatiques par les médecins	11,1 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des collègues à des fins cliniques, en %	2010	57,9	71,1	61,0
		22,2 %	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des patients à des fins cliniques, en %	2010	12,7	21,3	22,4
		33,3 %	Proportion des médecins utilisant des dossiers papier et électroniques, ou seulement électroniques, en %	2010	16,4	70,5	30,9
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients, en %	2010	10,4	22,2	13,0
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique, en %	2010	35,6	55,5	29,3
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients, en %	2010	7,8	26,0	10,0
		100,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		50,3 %	95,7 %	65,6 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		50,3 %	95,7 %	65,6 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	1,47	1,24	2,10	1,07	0,96	1,49	1,11	1,41	1,64	3,45	0,00	4,23	1,74	7,05	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	50,6	57,3	57,1	54,4	48,0	58,0	46,3	49,0	65,1	70,1	–	54,6	57,4	–	–	–
	4,6	7,0	7,8	4,1	7,0	8,7	4,2	5,6	11,6	7,3	–	3,8	13,7	–	–	–
	38,6	56,5	56,9	42,9	24,1	31,4	17,0	35,7	24,9	8,8	–	25,8	31,6	–	–	–
	15,7	26,1	30,3	23,7	13,9	31,0	12,0	16,7	16,0	10,2	–	15,9	16,4	–	–	–
	34,9	45,9	54,2	37,3	37,2	55,0	35,0	45,1	43,7	50,1	–	37,2	36,9	–	–	–
	11,4	14,6	22,6	24,4	12,1	19,8	5,6	13,1	11,3	2,1	–	14,0	12,2	–	–	–
	54,3 %	75,5 %	81,9 %	65,6 %	49,1 %	68,1 %	37,5 %	57,1 %	59,0 %	40,0 %	–	48,8 %	63,8 %	–	–	–
	54,3 %	75,5 %	81,9 %	65,6 %	49,1 %	68,1 %	37,5 %	57,1 %	59,0 %	40,0 %	–	48,8 %	63,8 %	–	–	–

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	33,3%	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2011-2012	218	314	238
		33,3%	Proportion d'occupation des lits de soins de courte durée pour des soins de longue durée, en% des jours d'occupation	2012-2013	6,7	1,7	4,5
		33,3%	Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants	2012-2013	63,1	56,7	150,1
		25,0%	Total de la sous-dimension, en% d'atteinte de la balise		80,4%	94,9%	69,1%
	Facilité d'entrée	50,0%	Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, en%,au 31 mars	2013	76,3	69,8	56,7
		50,0%	Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en%	2011-2012	81,8	78,5	64,9
		25,0%	Total de la sous-dimension, en% d'atteinte de la balise		91,0%	85,2%	69,8%
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	0,0%	Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	2011	124,3	102,7	117,5
		0,0%	Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	2011	41,8	31,6	30,2
		0,0%	Total de la sous-dimension, en% d'atteinte de la balise		–	–	–
	Adéquation de l'utilisation : services médicaux	50,0%	Indice de consommation des services médicaux en omnipratique	2011	1,04	0,98	0,90
		50,0%	Indice de consommation des services médicaux spécialisés	2011	1,16	1,09	1,16
		25,0%	Total de la sous-dimension, en% d'atteinte de la balise		93,1%	94,9%	88,1%
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	0,0%	Taux d'hospitalisations en soins aigus, pour 1 000 habitants	2011-2012	77	88	70
		0,0%	Total de la sous-dimension, en% d'atteinte de la balise		–	–	–
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2011-2012	65	83	72
		0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2011-2012	107	126	96
		0,0%	Total de la sous-dimension, en% d'atteinte de la balise		–	–	–
	Adéquation de l'utilisation : services CLSC	100,0%	Taux d'utilisation des services en CLSC, pour 1 000 habitants	2012-2013	220	360	265
		25,0%	Total de la sous-dimension, en% d'atteinte de la balise		47,4%	77,6%	57,1%
			Total de la dimension, en% d'atteinte de la balise		78,0%	88,1%	71,0%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	263	201	297	274	275	313	376	287	276	415	429	547	275	–	–	–
	1,0	9,1	7,5	8,1	6,6	2,4	4,6	2,8	10,4	13,8	8,6	2,4	5,5	1,0	–	–
	63,2	137,9	99,8	82,2	81,0	62,8	95,5	65,8	160,5	82,4	93,1	73,5	100,8	68,8	180,0	291,7
	98,8%	59,1%	63,5%	69,4%	72,4%	94,0%	66,5%	95,1%	54,4%	53,2%	54,0%	77,1%	70,6%	62,8%	–	–
	80,1	60,5	55,2	49,0	56,9	77,3	81,3	73,2	55,3	66,3	58,6	67,2	62,4	74,2	–	–
	90,2	70,9	74,9	75,9	74,8	82,2	85,9	82,8	75,8	72,1	78,3	76,2	74,9	78,3	–	–
	97,5%	75,3%	74,1%	70,7%	75,1%	91,8%	95,2%	89,6%	74,6%	79,6%	78,0%	82,3%	78,6%	87,8%	–	–
	149,5	106,0	108,3	129,2	108,6	201,6	175,3	132,6	120,8	170,0	152,2	216,9	125,7	182,4	83,5	98,4
	41,7	32,0	30,3	28,4	29,1	55,4	38,4	32,2	17,9	29,6	44,3	45,5	32,5	38,6	16,9	15,9
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	1,03	0,94	1,01	0,96	0,98	1,12	1,05	0,94	0,97	1,22	1,48	1,53	1,00	2,74	4,31	4,00
	1,01	1,01	0,91	0,84	0,94	0,97	0,86	0,88	0,67	0,91	0,96	1,13	1,00	0,87	1,23	1,03
	99,5%	96,5%	95,5%	90,0%	96,0%	98,5%	93,0%	91,0%	82,0%	95,5%	98,0%	94,2%	100,0%	93,5%	90,7%	98,5%
	85	72	75	75	79	99	104	91	70	102	107	151	80	107	178	136
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	72	65	90	76	80	83	71	76	103	78	84	49	76	–	–	–
	139	109	134	112	133	138	156	133	166	129	170	104	123	–	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	369	237	262	272	268	377	401	373	244	511	360	480	291	704	–	–
	79,5%	51,1%	56,5%	58,6%	57,8%	81,3%	86,4%	80,4%	52,6%	100,0%	77,6%	100,0%	62,7%	–	–	–
	93,8%	70,5%	72,4%	72,2%	75,3%	91,4%	85,3%	89,0%	65,9%	82,1%	76,9%	88,4%	78,0%	–	–	–

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	100,0%	Proportion des dons dans le budget des établissements de santé d'une région, en %	2007-2008 à 2011-2012	0,27	1,01	1,81
		15,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		32,7%	100,0%	100,0%
	Action communautaire	100,0%	Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en $ CAN	2012-2013	60,0	60,2	59,1
		85,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		51,9%	52,1%	51,1%
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		49,0%	59,3%	58,5%
Attractivité régionale	Capacité de rétention	100,0%	Taux pondéré de rétention des hospitalisations, en %	2011-2012	96,8	92,3	95,1
		70,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	97,0%	100,0%
	Capacité d'attraction	0,0%	Taux pondéré de desserte extrarégionale des hospitalisations, en %	2011-2012	27,5	15,8	32,8
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		–	–	–
	Autosuffisance hospitalière	100,0%	Solde migratoire des hospitalisations	2011-2012	134,7	110,4	143,5
		30,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	100,0%	100,0%
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	97,9%	100,0%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	0,40	0,20	0,10	0,40	0,51	0,29	0,52	0,32	0,35	0,95	0,19	0,17	0,88	0,02	0,00	0,00
	48,4%	24,2%	12,1%	48,4%	61,7%	35,1%	62,9%	38,7%	42,3%	100,0%	23,0%	20,6%	100,0%	–	–	–
	58,3	47,1	46,0	40,7	45,0	88,6	87,3	78,0	73,4	93,5	112,9	140,3	60,5	283,9	458,5	0,0
	50,4%	40,8%	39,8%	35,2%	38,9%	76,7%	75,5%	67,5%	63,5%	80,9%	97,7%	100,0%	52,4%	100,0%	100,0%	–
	50,1%	38,3%	35,6%	37,2%	42,4%	70,4%	73,6%	63,2%	60,3%	83,8%	86,5%	88,1%	59,5%	85,4%	85,0%	–
	71,9	47,7	63,9	66,4	74,0	83,2	93,5	84,2	70,9	86,0	72,7	61,4	80,3	56,1	66,5	25,6
	75,5%	50,1%	67,1%	69,8%	77,8%	87,5%	98,2%	88,5%	74,5%	90,4%	76,4%	64,5%	84,4%	59,0%	69,9%	26,9%
	6,1	34,0	8,0	11,2	3,4	7,6	5,2	4,6	1,4	7,6	2,8	1,9	17,8	40,2	0,1	1,8
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	76,9	73,0	69,9	76,5	77,6	91,4	98,9	88,6	93,1	95,1	75,8	74,4	100,0	93,9	66,9	26,3
	76,9%	73,0%	69,9%	76,5%	77,6%	91,4%	98,9%	88,6%	93,1%	95,1%	75,8%	74,4%	100,0%	93,9%	66,9%	26,3%
	75,9%	57,0%	68,0%	71,8%	77,7%	88,7%	98,4%	88,5%	80,1%	91,8%	76,2%	67,5%	89,0%	69,5%	69,0%	26,7%

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Viabilité	Santé administrative	100,0 %	Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	2011-2012	3,9	4,6	4,4
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0 %	88,8 %	92,6 %
	Santé financière	100,0 %	Proportion moyenne annuelle de déficit non autorisé sur le budget total des établissements de santé, en %	2009-2010 à 2011-2012	3,7	3,3	6,6
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,7 %	83,7 %	67,1 %
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : infirmières	33,3 %	Proportion d'infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	2012	2,5	3,4	4,5
		33,3 %	Proportion d'infirmières auxiliaires requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	2012	0,9	1,6	3,9
		33,3 %	Proportion du recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières, en %	2012-2013	1,37	0,21	5,07
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0 %	78,6 %	50,1 %
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	50,0 %	Niveau d'atteinte des besoins normalisés en médecins de famille, en %	2013	104,5	95,4	89,4
		50,0 %	Pourcentage d'atteinte des PREM en médecine spécialisée, en %	2013	99,5	95,1	97,3
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		99,8 %	95,3 %	93,4 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		95,4 %	86,6 %	75,8 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (*www.csbe.gouv.qc.ca*).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	4,7	4,0	4,4	5,1	4,6	4,6	5,2	5,1	5,2	5,6	5,3	6,1	4,6	8,1	8,0	3,4
	86,3%	100,0%	93,7%	80,9%	89,0%	89,0%	78,7%	79,9%	78,4%	73,4%	77,5%	66,7%	88,8%	50,5%	51,4%	100,0%
	2,8	0,0	5,8	12,4	2,3	0,9	1,0	1,1	7,4	0,0	1,7	6,5	4,4	0,0	31,3	0,0
	85,9%	100,0%	70,9%	38,3%	88,7%	95,7%	95,2%	94,6%	62,9%	100,0%	91,7%	67,6%	77,9%	100,0%	–	100,0%
	2,6	2,7	4,5	4,2	3,8	3,7	2,8	3,7	5,5	3,4	6,7	4,8	3,8	5,0	5,4	7,0
	1,0	2,0	3,3	1,9	2,7	2,9	1,6	2,2	5,3	3,2	3,9	2,2	2,7	2,4	2,9	–
	0,71	5,60	5,10	6,81	4,29	0,64	0,00	0,37	6,87	2,59	8,63	1,32	3,56	–	–	–
	98,3%	68,5%	51,4%	54,2%	61,3%	67,7%	84,1%	71,2%	38,5%	68,7%	34,4%	65,8%	66,8%	–	–	–
	91,5	82,7	80,5	78,5	83,5	93,5	87,4	85,6	76,0	86,3	85,1	99,7	88,1	87,9	144,0	150,4
	96,8	93,8	90,6	90,1	90,7	92,4	89,4	92,8	94,9	81,4	72,7	86,1	94,7	–	–	–
	94,2%	88,3%	85,6%	84,3%	87,1%	93,0%	88,4%	89,2%	85,5%	83,9%	78,9%	92,9%	91,4%	44,0%	–	50,0%
	91,2%	89,2%	75,4%	64,4%	81,5%	86,3%	86,6%	83,7%	66,3%	81,5%	70,6%	73,2%	81,2%	–	–	–

Tableau 13

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Accessibilité	Délais d'attente : chirurgies	8,3 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la hanche, en %	2012-2013	28,9	61,2	60,0
		8,3 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou, en %	2012-2013	23,2	50,6	53,2
		8,3 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	2012-2013	69,6	82,7	89,3
		25,0 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie d'un jour, en %	2012-2013	77,2	77,3	80,9
		25,0 %	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie avec hospitalisation, en %	2012-2013	85,6	76,8	86,3
		25,0 %	Proportion des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours, en %	2012-2013	53,2	59,6	55,9
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		72,0 %	79,0 %	82,3 %
	Délais d'attente : services sociaux	33,3 %	Proportion des personnes évaluées en dépendance dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, en %	2012-2013	78,7	70,6	74,0
		33,3 %	Délai moyen d'attente pour une évaluation en protection de la jeunesse, en jours	2012-2013	10,1	22,8	16,7
		33,3 %	Délai moyen d'attente pour l'application des mesures de protection de la jeunesse, en jours	2012-2013	5,0	17,6	5,4
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,7 %	43,4 %	67,8 %
	Perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des services	50,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'accessibilité des services	2007-2011	90	89	88
		50,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité des services	2007-2011	79,8	78,6	78,8
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,0 %	83,8 %	83,2 %
	Fluidité dans le système	33,3 %	Proportion de la population n'ayant pas de médecin régulier parce qu'elle n'en a pas trouvé, en %	2007-2008	5,2	11,8	13,8
		33,3 %	Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures	2012-2013	16,2	12,4	20,5
		33,3 %	Proportion des séjours de 24 heures et plus sur civière à l'urgence, en %	2012-2013	19,7	13,6	29,2
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		72,6 %	68,9 %	41,8 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		77,8 %	68,8 %	68,7 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
36,5	24,1	75,2	36,5	48,6	18,0	42,5	65,1	87,5	29,8	84,6	77,2	52,2	–	–	–
35,7	36,9	59,8	25,4	41,5	18,9	42,4	60,2	81,9	11,8	60,0	79,8	45,8	–	–	–
82,2	83,9	68,2	71,5	78,2	60,0	80,4	75,4	90,8	38,5	82,6	71,5	79,7	–	–	–
78,8	65,8	72,0	79,4	74,6	80,4	84,3	80,6	76,9	86,2	76,9	92,2	78,9	78,9	–	–
90,1	85,4	85,8	84,8	85,4	82,1	86,0	91,3	87,6	88,6	88,9	96,3	86,1	80,5	–	–
71,1	64,1	73,9	64,2	62,9	58,4	83,7	79,2	74,6	82,0	79,1	79,3	61,5	83,3	–	–
82,0%	74,2%	85,0%	76,7%	78,8%	71,0%	87,2%	90,1%	91,3%	79,3%	90,9%	94,9%	80,8%	–	–	–
58,4	74,0	89,4	73,7	63,2	43,7	91,6	80,6	67,7	66,8	71,5	62,1	73,1	79,4	–	–
23,5	73,9	7,7	16,2	40,2	9,7	13,7	22,0	6,0	9,8	41,8	17,9	22,0	–	–	–
21,8	13,2	3,7	8,5	20,1	5,7	18,3	32,4	4,7	5,7	60,3	19,0	13,8	–	–	–
37,3%	39,5%	96,5%	58,1%	34,9%	67,4%	57,6%	43,2%	87,6%	74,9%	32,5%	43,1%	46,9%	–	–	–
88	88	87	88	88	89	90	90	88	88	90	90	89	93	–	–
78,1	75,7	76,6	74,9	75,8	78,4	78,9	78,6	78,8	77,1	77,5	76,4	77,7	83,0	–	–
83,1%	81,8%	82,0%	81,5%	81,7%	83,5%	84,3%	84,5%	83,5%	82,8%	83,7%	82,9%	83,2%	87,9%	–	–
4,7	13,0	12,5	12,9	10,2	5,5	5,7	14,2	19,8	19,7	10,9	9,0	11,5	–	–	–
11,6	21,4	24,1	20,9	19,7	9,6	11,2	14,4	21,1	11,8	16,4	14,1	17,5	–	–	–
12,1	36,7	39,3	29,6	31,2	9,1	9,9	18,1	31,0	12,8	21,6	16,2	24,0	–	–	–
93,0%	39,4%	37,4%	42,1%	46,1%	97,8%	95,4%	56,1%	36,8%	66,1%	53,6%	65,9%	49,8%	–	–	–
73,9%	58,7%	75,2%	64,6%	60,4%	79,9%	81,1%	68,5%	74,8%	75,8%	65,2%	71,7%	65,2%	–	–	–

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Qualité technique	Sécurité des soins	50,0 %	Pourcentage d'installations ayant un taux d'incidence observé de DACD inférieur ou égal au taux d'incidence établi, en %	2012-2013	88	100	76
		50,0 %	Pourcentage d'installations ayant un taux d'incidence de bactériémies nosocomiales à SARM inférieur ou égal au taux d'incidence établi, en %	2012-2013	100	100	67
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,0 %	100,0 %	71,5 %
	Pertinence des soins	50,0 %	Taux de césariennes, en %	2010-2011	25,0	20,7	22,8
		50,0 %	Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	2010-2011	13,4	22,1	20,6
		20,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		66,1 %	91,5 %	84,1 %
	Qualité d'exécution	0,0 %	Taux de réadmissions générales dans les 30 jours, en %	2010-2011	7,8	8,6	8,3
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	2010-2011	6,0	6,3	6,1
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	2010-2011	11,6	13,6	12,8
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2010-2011	2,1	1,4	2,2
		25,0 %	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins, en %	2010-2011	6,8	6,4	6,6
		60,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,9 %	86,5 %	78,1 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		81,1 %	90,2 %	78,0 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
50	100	100	100	80	100	100	80	60	100	100	100	82	100	–	–
75	100	100	100	90	100	100	100	80	80	50	80	85	100	–	–
62,5 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	85,0 %	100,0 %	100,0 %	90,0 %	70,0 %	90,0 %	75,0 %	90,0 %	83,5 %	100,0 %	–	–
24,8	17,4	18,3	18,3	21,3	22,7	20,9	21,3	25,9	21,9	18,0	25,4	21,9	29,3	0,0	–
10,3	21,7	26,1	17,3	17,8	12,5	23,8	14,4	15,5	30,8	32,7	6,7	19,0	38,4	–	–
60,4 %	92,4 %	100,0 %	83,8 %	81,8 %	68,6 %	94,4 %	75,1 %	68,9 %	95,6 %	100,0 %	52,5 %	82,7 %	84,1 %	–	–
8,1	7,6	6,9	8,3	8,0	7,9	8,4	8,2	7,6	8,4	9,0	9,4	8,1	9,9	12,9	12,8
6,0	5,1	5,0	5,8	5,7	5,7	6,2	6,6	5,3	6,7	6,7	7,3	6,0	9,3	6,3	20,2
12,6	12,0	10,8	13,1	12,5	12,5	12,7	12,6	12,2	13,1	14,2	14,4	12,7	15,1	20,5	20,9
1,6	2,0	1,7	2,8	2,0	1,7	2,6	1,4	1,2	1,4	3,0	1,8	2,0	3,4	4,1	1,6
6,6	6,3	5,5	5,4	6,5	5,2	7,8	5,7	6,0	6,0	4,9	9,3	6,5	6,1	9,2	6,1
88,5 %	91,8 %	100,0 %	81,2 %	82,5 %	98,0 %	72,8 %	92,2 %	100,0 %	91,1 %	75,6 %	76,4 %	80,5 %	63,6 %	56,6 %	62,1 %
77,7 %	93,5 %	100,0 %	85,5 %	82,8 %	92,5 %	82,6 %	88,3 %	87,8 %	91,8 %	80,4 %	74,3 %	81,5 %	–	–	–

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Productivité	Productivité technique	50,0%	Taux d'utilisation des salles d'opération, en % des heures potentielles	2011-2012	61,0	47,4	52,6
		50,0%	Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %	2011-2012	14,5	15,4	14,2
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		90,7%	78,8%	85,1%
	Productivité financière	50,0%	Coût par cas pondéré, en $ CAN	2011-2012	4609	4607	4994
		50,0%	Coût par visite à l'urgence ajusté par le NIRRU, en $ CAN	2011-2012	188	165	178
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		69,9%	74,2%	68,5%
	Productivité clinique	16,7%	Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en soins aigus (ajustée pour le NIRRU et l'âge), en jours	2011-2012	5,00	5,20	5,10
		16,7%	Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours	2012-2013	6,23	6,16	13,35
		16,7%	Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour infarctus du myocarde, en jours	2012-2013	2,71	1,95	2,84
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	2011-2012	50,3	50,7	52,3
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	2011-2012	1,63	1,96	1,91
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2011-2012	1,60	2,32	2,61
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2011-2012	2,39	2,31	2,84
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		79,2%	79,9%	68,7%
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		81,9%	78,3%	75,2%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
54,3	66,0	53,3	49,8	56,0	35,4	50,6	47,9	63,5	26,3	21,8	23,4	50,7	15,2	–	–
15,8	17,0	17,5	18,7	18,8	16,8	19,4	18,4	14,9	16,8	14,9	17,3	16,6	19,0	38,1	12,2
82,1 %	86,6 %	76,9 %	72,0 %	76,0 %	66,8 %	71,1 %	71,3 %	91,1 %	60,7 %	63,2 %	57,5 %	77,6 %	48,3 %	–	–
4352	3652	4316	4857	4168	5285	4498	4539	4677	5326	5578	5977	4728	9743	–	8896
127	135	173	160	155	127	131	146	170	89	133	136	156	–	–	–
87,0 %	92,3 %	75,2 %	73,2 %	80,7 %	79,5 %	84,2 %	79,4 %	72,6 %	84,3 %	75,5 %	72,5 %	75,1 %	18,7 %	0,0 %	20,5 %
5,30	4,70	4,80	4,90	4,90	4,90	4,90	4,80	4,50	4,50	4,20	5,50	5,00	4,10	3,20	4,10
4,62	10,10	10,36	6,80	7,28	3,80	4,27	4,46	10,91	2,53	4,78	3,26	7,32	6,84	11,13	7,03
1,48	2,13	2,10	2,47	2,63	2,01	1,38	2,52	2,19	2,19	2,09	1,76	2,56	1,03	1,03	2,05
50,2	48,7	52,3	53,7	50,6	55,4	51,7	53,2	60,3	60,7	56,9	63,4	52,5	78,4	83,4	–
1,35	1,61	1,02	1,29	1,28	1,89	1,10	1,11	0,99	0,94	1,14	1,42	1,55	0,99	1,65	2,20
1,15	1,30	0,97	2,05	1,35	2,18	1,27	1,56	1,19	1,70	1,57	2,01	1,97	2,69	2,77	0,77
2,43	1,83	1,73	2,32	2,19	3,52	2,57	3,01	1,81	3,11	2,89	2,87	2,55	4,11	3,91	–
90,7 %	80,0 %	81,4 %	81,6 %	81,2 %	82,4 %	93,0 %	84,2 %	80,2 %	89,7 %	86,6 %	88,5 %	78,5 %	79,0 %	72,8 %	–
86,5 %	85,1 %	78,4 %	76,1 %	79,0 %	75,6 %	82,5 %	78,1 %	83,1 %	77,0 %	75,0 %	72,9 %	77,5 %	–	–	–

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Globalité	Globalité des services	17,8%	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2011-2012	55,2	55,8	55,3
		17,8%	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre le pneumocoque, en %	2008	46,1	39,6	44,5
		8,9%	Proportion d'élèves ayant reçu le vaccin contre le virus de l'hépatite B en 4e année du primaire, en %	2009-2010	88,7	84,9	77,6
		8,9%	Proportion des filles ayant reçu le vaccin contre le virus du papillome humain en 4e année du primaire, en %	2009-2010	80,5	78,9	64,0
		13,3%	Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	2007-2008	73,7	70,5	61,6
		13,3%	Proportion ajustée des femmes de 20 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %	2008	71,5	65,3	65,7
		20,0%	Taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0 à 9 ans, en %	2011	50,7	49,0	42,7
		75,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,2%	81,2%	76,5%
	Globalité des soins	50,0%	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarisation	2007-2011	82,3	81,3	81,4
		50,0%	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services	2007-2011	88,0	87,7	86,8
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,1%	84,5%	84,1%
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		85,2%	82,0%	78,4%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
48,4	63,4	60,9	50,1	54,3	53,5	64,1	62,5	62,2	50,9	59,2	56,3	56,2	65,7	–	–
35,2	59,6	55,8	43,9	50,9	50,2	58,6	50,3	46,4	66,5	77,1	47,2	48,3	58,3	–	–
87,2	84,0	87,1	85,1	86,4	89,2	95,9	87,9	77,2	95,5	92,4	94,9	84,9	83,9	77,2	–
84,1	71,8	81,2	74,9	77,6	84,4	92,4	82,5	74,2	92,3	89,2	88,8	76,3	86,8	68,1	–
72,0	69,2	69,1	64,3	69,6	67,7	70,7	68,8	55,4	67,4	69,6	61,8	67,3	77,1	38,4	74,6
68,3	74,7	73,1	79,4	73,4	66,5	52,1	64,5	72,8	73,3	69,2	68,0	69,6	–	–	–
55,4	47,3	49,0	51,5	49,4	58,6	61,5	50,4	37,3	54,4	47,6	47,4	47,8	–	–	–
81,9%	88,4%	88,3%	82,1%	85,2%	87,3%	91,4%	86,3%	77,9%	91,9%	91,2%	83,5%	83,1%	–	–	–
82,0	80,1	80,7	79,3	80,9	82,3	83,2	83,3	83,0	82,4	81,2	82,5	81,8	83,5	–	–
86,6	85,5	86,2	85,7	86,3	86,9	88,3	87,9	86,5	86,9	86,9	86,6	86,9	88,3	–	–
84,3%	82,8%	83,5%	82,5%	83,6%	84,6%	85,7%	85,6%	84,8%	84,6%	84,1%	84,6%	84,3%	85,9%	–	–
82,5%	87,0%	87,1%	82,2%	84,8%	86,6%	90,0%	86,1%	79,6%	90,1%	89,4%	83,8%	83,4%	–	–	–

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Humanisation	Perception des usagers du niveau d'humanisation	33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement	2007-2011	87,4	86,9	86,1
		33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients	2007-2011	89,1	88,7	87,9
		33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel	2007-2011	88,8	89,0	88,0
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,4 %	88,2 %	87,3 %
	Arrangements organisationnels	25,0 %	Proportion des lits de courte et de longue durée en chambres privées, en %	2011-2012	55,8	64,2	51,7
		25,0 %	Proportion des patients de 75 ans et plus sur civière pendant plus de 48 heures, en %	2012-2013	11,4	2,3	16,9
		25,0 %	Proportion des patients à l'urgence pour des problèmes de santé mentale sur civière pendant plus de 48 heures, en %	2012-2013	18,4	13,2	18,3
		25,0 %	Ratio des minutes par jour-présence des patients en CHSLD consacrées aux activités d'animation et de loisirs	2012-2013	19,2	25,4	18,8
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		38,4 %	62,0 %	35,7 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		63,4 %	75,1 %	61,5 %
Continuité et coordination	Perception des usagers de la continuité	100,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité	2007-2011	83,8	82,5	82,6
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		83,8 %	82,5 %	82,6 %
	Coordination des services	100,0 %	Proportion des personnes de 75 ans et plus admises à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD, en %	2012-2013	4,8	5,3	1,9
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		44,9 %	40,6 %	100,0 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		64,3 %	61,6 %	91,3 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
85,7	83,2	85,2	83,4	84,1	85,3	85,6	86,2	86,3	84,9	85,3	84,8	85,5	87,8	–	–
87,6	86,5	86,4	86,2	86,7	87,4	88,7	88,6	87,1	87,4	88,1	88,0	87,7	90,0	–	–
87,4	86,2	86,8	86,5	86,8	87,4	88,3	88,6	88,1	87,5	87,5	87,4	87,7	88,7	–	–
86,9%	85,3%	86,1%	85,4%	85,9%	86,7%	87,5%	87,8%	87,2%	86,6%	87,0%	86,7%	87,0%	88,9%	–	–
58,3	59,8	65,6	52,2	58,4	62,5	59,9	58,3	56,9	68,6	54,3	63,2	56,4	47,4	–	–
1,2	10,9	24,6	16,2	14,1	1,7	2,9	7,5	15,4	3,6	11,1	5,3	11,9	–	–	–
0,9	6,0	9,9	20,6	7,7	1,1	0,5	4,2	20,4	2,3	5,8	6,7	13,1	–	–	–
18,5	23,6	17,4	20,4	20,5	20,0	30,5	23,8	22,3	14,5	21,2	24,2	20,4	7	–	–
82,1%	46,2%	38,4%	37,3%	41,2%	80,0%	81,6%	49,2%	40,5%	53,9%	42,4%	51,5%	40,0%	–	–	–
84,5%	65,7%	62,3%	61,3%	63,5%	83,3%	84,5%	68,5%	63,8%	70,2%	64,7%	69,1%	63,5%	–	–	–
81,9	79,6	80,5	79,9	80,9	82,2	82,3	83,1	82,5	82,1	81,8	81,6	82,0	85,5	–	–
81,9%	79,6%	80,5%	79,9%	80,9%	82,2%	82,3%	83,1%	82,5%	82,1%	81,8%	81,6%	82,0%	85,5%	–	–
4,0	5,9	5,9	7,1	6,6	2,4	4,3	5,5	5,1	3,7	4,7	2,1	4,4	–	–	–
53,4%	36,7%	36,8%	30,2%	32,5%	89,3%	50,3%	39,5%	42,0%	58,8%	45,7%	100,0%	49,2%	–	–	–
67,7%	58,1%	58,7%	55,0%	56,7%	85,8%	66,3%	61,3%	62,2%	70,5%	63,7%	90,8%	65,6%	–	–	–

Tableau 14

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Maintien et développement

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Qualité de vie au travail	Environnement de travail	16,7%	Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %	2011-2012	1,30	1,10	1,10
		16,7%	Proportion du budget consacré à la formation, en %	2011-2012	1,01	1,42	1,04
		33,3%	Proportion des heures supplémentaires effectuées par les infirmières, en %	2012-2013	4,30	5,57	5,87
		33,3%	Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %	2011-2012	74,3	75,0	75,2
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		84,3%	78,8%	74,4%
	Climat et satisfaction	10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation	2007-2011	77,4	78,2	74,1
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication	2007-2011	73,7	71,8	69,6
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration	2007-2011	77,3	77,0	73,7
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien	2007-2011	71,1	71,4	67,2
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication	2007-2011	68,0	67,0	63,7
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard du leadership	2007-2011	71,3	70,6	66,3
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits de leur vie professionnelle actuelle, en %	2010	84,2	72,2	77,9
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec leurs patients, en %	2010	82,1	85,8	80,2
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins de famille, en %	2010	73,4	79,3	56,3
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins des autres spécialités, en %	2010	74,7	77,8	70,2
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels, en %	2010	60,9	49,5	60,9
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		73,8%	72,8%	69,1%
	État de santé des employés	100,0%	Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées: assurance-salaire, en %	2012-2013	5,71	5,58	5,40
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		90,2%	92,3%	95,4%
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		81,3%	79,1%	76,5%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
0,80	1,30	1,00	1,00	0,80	1,00	0,70	1,10	1,00	1,10	1,10	0,90	1,00	0,80	0,80	1,00
1,15	0,97	0,87	0,84	1,05	0,97	1,12	1,10	1,05	1,22	1,21	1,16	1,04	1,09	0,45	0,27
4,72	4,51	6,77	6,73	5,87	5,20	4,05	5,44	7,71	5,40	8,64	7,62	5,61	–	–	–
73,8	77,3	75,7	71,2	76,2	76,7	74,6	72,1	79,4	74,7	74,2	74,7	74,5	79,2	34,2	37,2
78,1 %	83,7 %	69,1 %	67,1 %	72,4 %	76,8 %	80,5 %	75,5 %	68,9 %	77,8 %	67,6 %	67,9 %	74,4 %	–	–	–
76,6	73,3	77,4	75,0	76,2	76,7	74,6	78,0	75,4	77,8	75,0	76,3	76,0	77,4	–	–
69,5	66,4	69,6	66,2	68,9	68,8	65,6	72,7	68,1	70,5	65,6	69,6	69,5	68,1	–	–
76,3	73,9	77,2	74,7	76,1	73,9	74,4	77,4	74,6	74,9	73,4	74,6	75,4	74,6	–	–
68,3	65,1	68,5	63,4	65,8	65,6	64,9	69,6	63,2	68,2	63,0	65,2	67,1	67,0	–	–
65,8	62,5	66,6	62,5	64,3	62,8	61,1	67,3	62,6	64,7	59,4	63,9	64,5	62,7	–	–
68,7	65,7	69,2	65,4	67,2	65,6	65,4	70,5	65,4	68,3	63,5	66,4	67,6	66,0	–	–
79,8	78,1	83,4	72,6	74,6	82,2	83,4	83,0	67,4	79,1	–	87,3	77,9	–	–	–
90,5	89,1	89,6	86,3	87,1	89,7	89,4	89,3	86,3	96,6	–	83,3	83,4	–	–	–
82,6	79,4	78,0	75,7	77,7	85,9	76,8	79,7	82,9	84,0	–	85,2	69,7	–	–	–
77,9	71,4	68,7	61,6	72,3	83,9	81,6	77,2	73,3	88,8	–	77,0	72,5	–	–	–
66,2	68,4	61,6	62,4	59,1	63,4	62,0	68,5	58,0	68,5	–	75,6	61,1	–	–	–
73,9 %	71,1 %	73,1 %	69,2 %	71,3 %	73,1 %	71,5 %	75,0 %	70,1 %	75,2 %	66,7 %	73,7 %	71,0 %	–	–	–
6,17	6,81	7,10	7,31	6,49	6,53	6,47	6,10	6,94	6,70	9,31	5,97	6,09	9,75	–	–
83,5 %	75,6 %	72,5 %	70,5 %	79,4 %	78,9 %	79,6 %	84,4 %	74,2 %	76,9 %	55,3 %	86,3 %	84,6 %	52,8 %	–	–
77,5 %	77,1 %	71,4 %	68,6 %	73,3 %	75,7 %	76,7 %	77,1 %	70,5 %	76,6 %	64,8 %	73,9 %	75,1 %	–	–	–

Tableau 15

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Efficacité	Efficacité d'utilisation : mortalité hospitalière	50,0 %	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %	2011-2013	11,1	11,1	11,3
		50,0 %	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %	2010-2012	5,50	4,96	7,44
		30,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,1 %	96,8 %	79,8 %
	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	16,7 %	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	2011-2012	47,7	47,6	51,4
		16,7 %	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	2011-2012	51,2	48,1	44,9
		16,7 %	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2011-2012	16,2	17,2	14,7
		16,7 %	Taux de tabagisme, en %	2011-2012	18,0	21,0	21,0
		16,7 %	Taux de consommation d'alcool, en %	2011-2012	24,0	16,4	17,2
		16,7 %	Taux d'allaitement, en %	2011-2012	94,1	89,3	92,5
		15,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		90,1 %	89,8 %	89,5 %
	Efficacité populationnelle : morbidité et mortalité infantile	33,3 %	Proportion des naissances de faible poids, en %	2005-2009	5,2	5,7	6,0
		33,3 %	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	2005-2008	4,0	2,9	3,4
		33,3 %	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	2007-2009	3,1	2,9	3,6
		15,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		78,9 %	84,6 %	73,7 %
	Efficacité populationnelle : mortalité évitable	50,0 %	Taux normalisé de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	2007-2009	56	50	67
		50,0 %	Taux normalisé de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues, pour 100 000 habitants	2007-2009	114	113	114
		5,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		95,0 %	98,1 %	87,2 %
	Efficacité populationnelle : mortalité adulte	100,0 %	Taux de mortalité pour les personnes âgées de 20 à 64 ans, pour 1 000 habitants	2005-2008	2,42	2,54	2,23
		5,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		91,5 %	87,1 %	98,9 %
	Efficacité populationnelle : santé mentale	33,3 %	Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %	2011-2012	78,5	74,4	72,2
		33,3 %	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2005-2008	17,2	17,5	11,4
		33,3 %	Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2007-2009	520	536	328
		15,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		78,8 %	76,3 %	97,7 %
	Efficacité populationnelle : santé générale	50,0 %	Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	2009-2010	89,0	88,0	84,0
		50,0 %	Espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2008	20,0	20,3	20,1
		15,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		99,2 %	99,5 %	96,8 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		89,0 %	90,8 %	86,9 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
12,6	12,0	10,4	13,6	12,6	13,1	14,1	11,6	14,8	16,5	11,5	13,2	12,2	10,0	12,5	–
4,14	5,28	5,56	6,16	5,14	8,03	5,50	6,06	5,48	6,59	13,86	7,35	5,98	2,56	–	3,03
92,9 %	90,0 %	92,7 %	78,3 %	89,1 %	71,0 %	81,5 %	86,1 %	80,0 %	68,9 %	64,3 %	73,4 %	84,3 %	100,0 %	–	50,0 %
51,2	56,6	50,7	48,2	49,3	51,7	46,8	48,0	48,6	50,8	49,1	48,4	49,9	41,1	–	–
44,1	44,1	45,7	48,4	51,1	38,3	42,9	47,9	44,7	40,2	45,7	42,9	46,8	37,9	–	–
17,4	18,7	17,1	17,7	18,4	14,7	16,0	19,0	18,9	22,9	20,8	20,7	17,1	15,7	–	–
22,0	21,0	27,0	24,0	25,0	22,0	22,0	21,0	26,0	26,0	25,0	26,0	22,0	27,0	–	–
22,3	10,9	18,6	19,8	19,2	16,1	26,4	17,5	16,4	20,1	18,1	17,7	18,7	27,1	–	–
90,9	90,8	94,9	90,5	86,7	88,1	76,8	82,2	85,5	87,4	77,0	76,4	89,3	87,9	–	–
83,2 %	88,1 %	84,1 %	85,4 %	84,3 %	86,7 %	81,4 %	86,1 %	83,6 %	76,9 %	80,2 %	79,3 %	86,4 %	80,4 %	–	–
5,1	6,0	5,9	5,7	5,5	5,4	5,2	5,7	5,6	6,4	5,9	7,0	5,7	6,2	6,4	3,5
2,8	3,3	2,7	3,4	2,9	4,3	4,5	3,9	1,5	2,1	5,5	4,8	3,3	–	20,3	10,6
4,1	3,7	2,4	3,8	3,1	3,2	3,5	4,3	2,6	3,2	6,4	4,8	3,5	–	–	–
79,7 %	73,6 %	88,4 %	73,9 %	83,8 %	75,6 %	73,8 %	68,6 %	97,4 %	87,7 %	55,6 %	57,5 %	76,5 %	–	–	–
53	57	63	64	61	62	63	62	72	70	78	75	63	–	–	–
113	100	131	129	114	126	131	135	142	153	152	157	121	–	–	–
98,1 %	96,5 %	83,5 %	83,5 %	91,1 %	85,9 %	83,5 %	83,0 %	75,1 %	73,4 %	69,7 %	69,9 %	87,0 %	–	–	–
2,34	2,05	2,61	2,64	2,42	2,75	2,79	2,89	2,64	2,99	2,91	3,68	2,48	2,54	5,10	2,04
94,3 %	100,0 %	84,7 %	83,6 %	91,2 %	80,5 %	79,3 %	76,6 %	83,6 %	74,0 %	75,8 %	60,0 %	89,0 %	87,0 %	43,4 %	100,0 %
76,3	74,1	77,6	76,5	76,9	72,9	75,3	74,0	72,3	73,9	72,7	69,5	74,9	72,1	–	–
19,0	11,2	16,2	16,0	13,7	22,0	17,3	20,3	16,0	22,7	19,4	21,9	15,4	–	99,6	15,2
518	297	495	480	414	621	510	672	404	683	672	605	457	–	–	4 822,2
76,0 %	98,5 %	81,3 %	81,9 %	90,1 %	68,0 %	78,1 %	68,6 %	84,5 %	66,2 %	69,0 %	67,1 %	83,4 %	–	–	–
87,0	86,0	87,0	86,0	86,0	85,0	87,0	84,0	84,0	84,0	89,0	87,0	86,0	89,0	–	–
20,3	20,4	19,4	19,2	19,7	20,0	19,5	19,9	18,9	19,2	19,2	19,3	19,9	18,7	12,0	18,8
99,0 %	98,5 %	96,8 %	95,7 %	96,9 %	97,1 %	97,0 %	96,3 %	93,8 %	94,6 %	97,2 %	96,5 %	97,4 %	96,0 %	–	–
88,2 %	90,6 %	88,8 %	82,4 %	89,1 %	78,7 %	82,1 %	81,8 %	85,8 %	76,9 %	71,9 %	73,6 %	85,7 %	–	–	–

Tableau 15 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	33,3 %	Nombre de plaintes, pour 10 000 habitants	2011-2012	28,8	24,1	43,7
		33,3 %	Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	2011-2012	62,2	60,7	59,3
		33,3 %	Degré de satisfaction globale des usagers	2007-2011	86,9	86,5	85,8
		100,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		83,6 %	86,9 %	74,2 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		83,6 %	86,9 %	74,2 %
Équité	Équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation	25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio	2005-2009	1,29	1,06	1,20
		25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio	2005-2009	1,65	1,37	1,60
		25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio	2005-2009	1,57	1,29	1,48
		25,0 %	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2009	1,82	1,25	0,47
		66,7 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		56,0 %	70,8 %	75,0 %
	Équité de santé intrarégionale en fonction du genre	50,0 %	Écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2008	3,7	3,7	3,4
		50,0 %	Écart intrarégional entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	2007-2009	1,67	1,80	1,56
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,5 %	78,3 %	88,0 %
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		64,5 %	73,3 %	79,3 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	31,1	19,2	16,5	24,4	20,9	23,5	30,4	30,0	24,9	29,4	31,1	21,1	29,1	–	–	–
	59,4	58,8	58,5	65,1	59,6	57,5	56,1	56,0	62,5	53,9	51,7	49,7	59,5	59,1	–	–
	85,5	83,9	84,6	83,9	84,5	85,5	86,3	86,6	85,8	85,3	85,5	85,4	85,5	87,9	–	–
	80,0%	91,7%	92,4%	87,1%	89,6%	85,6%	79,0%	79,3%	86,8%	78,2%	76,0%	84,4%	81,5%	–	–	–
	80,0%	91,7%	92,4%	87,1%	89,6%	85,6%	79,0%	79,3%	86,8%	78,2%	76,0%	84,4%	81,5%	–	–	–
	1,09	0,96	1,37	1,14	1,19	1,16	1,09	1,22	1,33	0,89	1,36	1,11	1,19	–	–	–
	1,41	1,27	1,54	1,59	1,68	1,43	1,44	1,64	1,74	1,40	1,41	1,16	1,56	–	–	–
	1,13	1,10	1,25	1,37	1,41	1,11	1,16	1,33	1,63	1,06	1,46	1,06	1,37	–	–	–
	0,95	1,18	0,72	0,78	0,34	1,30	0,66	3,16	0,41	2,89	0,04	0,80	0,32	–	–	–
	78,4%	78,3%	68,6%	72,0%	78,6%	75,3%	82,8%	57,7%	73,5%	71,4%	92,7%	100,0%	80,3%	–	–	–
	3,6	2,9	3,0	2,5	3,2	3,2	3,2	3,7	3,0	3,3	2,8	3,8	3,4	3,2	2,4	2,9
	1,63	1,49	1,53	1,53	1,56	1,69	1,54	1,65	1,53	1,78	1,58	1,79	1,59	1,82	1,81	1,78
	83,7%	97,1%	94,2%	98,7%	90,5%	86,8%	91,1%	82,1%	94,2%	83,3%	96,0%	77,6%	87,1%	83,6%	91,2%	89,0%
	80,2%	84,6%	77,2%	80,9%	82,6%	79,1%	85,5%	65,9%	80,4%	75,3%	93,8%	92,5%	82,5%	27,9%	30,4%	29,7%

Tableau 16

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Panorama sociosanitaire de la population

INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES				
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE
Espérance de vie à la naissance, en années	2005-2008	81,1	81,2	81,1	81,4	81,8	80,3	80,1	80,9
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %	2011-2012	25,9	26,0	27,6	24,2	28,8	27,7	27,1	29,0
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	2005-2009	23,4	30,6	21,6	33,9	19,5	29,6	26,6	25,7
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	2009-2010	16,0	15,0	12,0	11,0	16,0	11,0	17,0	15,0
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	2011-2012	481	648	403	512	448	489	565	534
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2007-2009	443	683	335	638	302	558	579	447
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	2005-2008	236	231	229	221	225	260	253	237
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2007-2009	1621	1610	1671	1519	1622	1925	1941	1748
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	2005-2008	183	189	198	181	164	181	196	201
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2007-2009	631	611	779	594	586	659	773	734
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	2005-2008	64,5	58,8	60,8	62,2	53,9	72,1	67,8	62,4
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2007-2009	159	173	167	138	150	187	175	154
Total pour la santé globale, en % d'atteinte de la balise		88,0%	82,6%	90,6%	88,1%	92,8%	82,8%	78,8%	84,4%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	NSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	80,6	80,0	80,3	79,9	79,6	79,4	78,9	80,8	79,6	65,9	77,9
	24,1	22,9	28,9	30,3	26,2	24,0	18,1	27,3	24,4	–	–
	34,5	36,4	32,7	27,5	43,2	38,7	41,4	27,1	44,6	115,6	37,0
	10,0	12,0	17,0	14,0	15,0	15,0	13,0	14,0	15,0	–	–
	632	671	622	443	770	568	704	512	–	–	–
	747	766	635	623	1020	753	956	513	1224	3805	1131
	235	250	242	243	239	275	280	238	258	466	204
	1573	1752	1899	1769	1880	2146	2066	1739	2352	2611	1512
	190	183	192	201	205	182	214	192	183	269	207
	694	711	778	878	792	768	872	724	806	1412	1013
	75,0	67,2	70,3	63,9	71,9	79,2	65,2	64,1	78,7	336,4	118,5
	232	192	247	217	246	221	200	177	–	–	–
	79,9%	79,1%	74,5%	79,6%	70,9%	73,7%	74,0%	83,3%	59,2%	28,5%	48,2%

SYNTHÈSE

Grâce à l'ajout d'indicateurs sélectionnés et au développement de nouveaux alignements, qui permettent de faire des liens instructifs entre certains aspects de la performance, le présent rapport apporte de nouveaux éléments éclairants sur la performance du système de santé et de services sociaux québécois. Ces ajouts guident le Commissaire à la santé et au bien-être sur la piste de nouveaux constats et s'additionnent à une information déjà riche et mise à jour sur la base des données accessibles les plus récentes. L'ensemble de ces informations permet de faire ressortir les forces et les faiblesses du système, ce qui donne aux décideurs et aux gestionnaires des pistes de réflexion et d'action pour une amélioration continue de la performance.

Mieux s'adapter pour accroître l'accessibilité, la continuité et la coordination

Parmi les provinces canadiennes, c'est au Québec que les dépenses de santé par habitant sont les plus basses. Malgré cela, lorsqu'on tient compte de la capacité humaine et matérielle, les ressources disponibles sont tout de même relativement élevées. Par exemple, le Québec a une forte dotation en médecins spécialistes. Le délai d'attente pour consulter ces derniers est d'ailleurs plus qu'acceptable. La capacité matérielle du Québec en appareils de haute technologie pour l'imagerie médicale et la tomodensitométrie est élevée elle aussi, ce qui fait en sorte que le temps d'attente est très respectable pour des tests diagnostiques en imagerie par résonance magnétique, en tomodensitométrie ou encore pour l'angiographie.

Cependant, la faible utilisation des technologies informatiques par les médecins entraîne diverses conséquences sur la performance. En effet, pour cette sous-dimension, le Québec arrive au dernier rang par rapport aux autres provinces canadiennes, avec un résultat bien en deçà de celui de l'ensemble du Canada. Le faible niveau d'utilisation des dossiers électroniques et des technologies de transferts d'information par les médecins est particulièrement flagrant et semble influer sur la coordination entre les différentes étapes et les divers intervenants, ce qui ressort comme une faiblesse importante du système. Cela s'observe dans la coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, ainsi que dans la coordination des soins à la sortie de l'hôpital à la suite d'une chirurgie. D'ailleurs, parmi les patients québécois présentant de grands besoins de santé, seule une faible proportion bénéficie d'un intervenant qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques. Ces lacunes dans la coordination sont liées à certains problèmes d'accessibilité. L'analyse régionale montre que la fluidité dans le parcours de soins et services est un écueil majeur à la production dans le système de santé et de services sociaux au Québec. Ce manque de fluidité est sans doute lui-même responsable en partie de la faible satisfaction des patients vis-à-vis de la rapidité des soins.

On remarque aussi une faible proportion de Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille (62,4 % des Québécois en 2013), ce qui semble engendrer des difficultés pour accéder à des soins de routine et de suivi. À cet égard, parmi les provinces canadiennes, c'est au Québec qu'on trouve la plus grande proportion de la population ayant déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours de la dernière année. Ce constat est appuyé par les plus récents résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund : « selon la majorité des répondants (61 %), il est difficile d'obtenir des soins médicaux le soir, la fin de semaine ou un jour férié (57 % en Ontario et 27 % au Royaume-Uni) . » (CSBE, 2014, p. 9).

En résumé, l'accès pour la population à un médecin de famille et l'utilisation des technologies informatiques par les médecins sont des leviers potentiels afin d'améliorer la coordination des soins et l'accès à des soins de routine et de suivi, de même que la fluidité dans le parcours de soins et services. Dans son rapport d'appréciation de 2009, le Commissaire recommandait d'ailleurs de soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable (CSBE, 2009). Le Commissaire recommandait aussi d'informatiser le réseau de la santé et des services sociaux dans son rapport d'appréciation de 2010 (CSBE, 2010). Pour ce qui est de l'accès pour la population à un médecin de famille, le Commissaire recommandait en 2009 de favoriser la pratique médicale de groupe en première ligne et d'assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne (CSBE, 2009). Le renforcement de la première ligne demeure donc une priorité pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

La qualité des soins pour un système efficace

La qualité technique des soins et services dispensés aux patients représente un atout du système de santé et de services sociaux québécois, comme en témoignent le faible taux de réadmissions hospitalières, la pertinence des soins prodigués lors de l'accouchement et la sécurité des soins. En effet, selon la comparaison interprovinciale, le Québec se trouve parmi les meilleurs, constat confirmé par les plus récents résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund. Cette enquête montre que « près des trois quarts des répondants québécois (73 %) indiquent que la qualité des soins médicaux reçus à la clinique médicale est excellente ou très bonne » (CSBE, 2014, p. 9), un résultat dans la moyenne des pays participants et comparable à celui du reste du Canada. Cette enquête souligne aussi que, « par comparaison aux pays participants, peu de répondants du Québec indiquent avoir subi une erreur en lien avec leurs médicaments (4 %) ou une erreur médicale lors d'un traitement (5 %) au cours des deux dernières années » (CSBE, 2014, p. 9).

Comme le démontre l'alignement tactique développé cette année, les régions qui réussissent le mieux à atteindre un haut niveau d'efficacité sont habituellement celles qui montrent aussi de bons résultats pour la qualité technique des soins. À l'échelle provinciale, les données relatives à l'efficacité populationnelle indiquent que le Québec se situe très bien par rapport aux autres provinces canadiennes, particulièrement en ce qui a trait aux habitudes de vie et à la santé générale, alors que la santé mentale demeure un enjeu préoccupant[8]. Ces constats généralement positifs sont corollaires de la réussite du système de santé et de services sociaux québécois quant à la qualité technique des soins et services qui y sont prodigués.

La qualité de vie au travail, un vecteur de la performance en santé et en services sociaux

Le développement de l'alignement contextuel au niveau régional est issu entre autres du constat qu'il ne peut y avoir de système de santé performant sans ressources humaines adéquates (OMS, 2013). Dans ce contexte, il importe donc d'être capable d'attirer et de retenir la main-d'œuvre, un aspect de la performance qui est étroitement lié à la qualité de vie au travail. En mettant en relation ces deux aspects de la performance, on se rend vite compte que les régions qui offrent la meilleure qualité de vie au travail sont davantage capables d'attirer et de retenir le personnel soignant dont elles ont besoin, et inversement.

Par ailleurs, les résultats de la dimension de l'humanisation montrent que c'est particulièrement pour les arrangements organisationnels faits pour rendre les soins plus supportables et mieux adaptés aux patients qu'une majorité de régions obtiennent des scores préoccupants. Pour pallier les lacunes de plusieurs régions à l'égard des arrangements organisationnels, le système doit donc pouvoir compter sur une main-d'œuvre suffisante et motivée œuvrant dans un environnement de travail stimulant, d'où l'importance pour les régions de porter une attention particulière à ces aspects de la performance organisationnelle, qui sont tous étroitement liés.

8. Pour plus d'information sur le sujet, consulter le *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale* (CSBE, 2012).

CONCLUSION

Le présent document cherche à décrire la réalité du système de santé et de services sociaux québécois grâce à un vaste ensemble de données. En comparant le Québec aux autres provinces canadiennes et aux meilleurs pays, de même qu'en comparant les régions du Québec entre elles, le Commissaire à la santé et au bien-être fournit une information juste et rigoureuse afin de contribuer à améliorer la performance du système. Les nouvelles analyses de la performance permettent de voir que les régions qui offrent une meilleure qualité de vie au travail pour leurs employés arrivent généralement à attirer et à retenir davantage le personnel dont elles ont besoin. On observe aussi que la qualité des soins au Québec et l'état de santé général de la population se démarquent favorablement par rapport à ceux de l'ensemble du Canada. Par contre, l'accès à un médecin de famille pour une plus grande proportion de la population, la coordination des soins et l'utilisation des technologies informatiques par les médecins sont des aspects pour lesquels beaucoup d'efforts doivent encore être consentis.

D'année en année, le Commissaire raffine ses analyses et sélectionne les meilleures informations disponibles pour procéder à une appréciation plus juste de la performance du système de santé et de services sociaux québécois. L'objectif central de cet ouvrage consiste à outiller les gestionnaires et les décideurs et à informer l'ensemble de la population dans le but d'accroître la performance du système. C'est grâce aux acteurs du réseau que le Commissaire pourra continuer de bonifier son analyse en gardant toujours la perspective que la population puisse bénéficier d'un système de santé et de services sociaux qui répond à ses besoins et à ses attentes.

ANNEXE

Tableau 17

RÉSULTATS DE BALISAGE PROVINCIAUX EN FONCTION DES BALISES INTERNATIONALES*

FONCTIONS	DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS**	ANNÉES
Adaptation	Disponibilité des ressources	Capacité financière	Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB)	2011-2012
		Capacité humaine	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2010
			Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	2011
			Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	2011
		Capacité matérielle	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	2011
			Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	2011
Production	Productivité	Productivité technique	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio	2010-2011
			Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	2010-2011
	Globalité	Globalité des services	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2011
			Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	2008
	Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	2011
			Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui indiquent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	2011
			Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	2011
			Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à la sortie de l'hôpital, en %	2011
			Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques, en %	2011

* Les indicateurs présentés sont ceux pour lesquels il est possible de comparer la donnée provinciale aux données internationales.

** Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	93,9%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	95,5%	100,0%	77,0%	69,0%	94,7%	93,1%	97,9%	67,4%	100,0%
	63,4%	42,4%	58,2%	53,0%	60,7%	50,8%	51,5%	45,6%	56,7%	54,6%	54,4%	48,6%	18,1%	9,0%
	84,2%	74,2%	70,0%	77,8%	60,0%	50,7%	68,5%	66,4%	56,4%	47,1%	55,7%	78,5%	100,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	98,5%	92,8%	79,6%	100,0%	100,0%	100,0%	90,2%	90,9%	86,8%	42,7%	88,0%
	64,3%	35,0%	42,8%	60,5%	42,1%	33,4%	40,8%	36,2%	32,4%	37,2%	37,5%	73,7%	58,0%	–
	39,3%	46,0%	63,3%	53,3%	71,3%	49,3%	42,7%	32,0%	64,0%	60,0%	56,7%	–	–	–
	69,8%	90,5%	100,0%	92,5%	100,0%	99,1%	92,9%	100,0%	86,3%	85,3%	96,0%	32,9%	52,7%	–
	78,5%	72,7%	70,7%	100,0%	64,7%	100,0%	100,0%	100,0%	91,8%	53,2%	88,7%	–	–	–
	80,3%	89,0%	100,0%	96,9%	82,3%	99,2%	89,8%	89,5%	97,8%	92,1%	93,2%	100,0%	95,3%	–
	86,9%	74,3%	84,0%	90,1%	90,0%	89,1%	86,4%	89,6%	90,1%	82,7%	88,3%	80,6%	83,3%	–
	–	–	–	–	66,0%	90,3%	–	–	92,7%	–	84,6%	–	–	–
	–	–	–	–	69,9%	100,0%	–	–	100,0%	–	93,2%	–	–	–
	–	–	–	–	60,6%	53,3%	–	–	60,6%	–	55,6%	–	–	–
	–	–	–	–	60,6%	82,4%	–	–	79,3%	–	74,6%	–	–	–
	–	–	–	–	46,5%	95,6%	–	–	87,6%	–	81,0%	–	–	–

Tableau 17 (suite)

RÉSULTATS DE BALISAGE PROVINCIAUX EN FONCTION DES BALISES INTERNATIONALES*

FONCTIONS	DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS**	ANNÉES
Atteinte des buts	Efficacité	Efficacité populationnelle : habitudes de vie	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2010
		Efficacité populationnelle : santé mentale	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2009
		Efficacité populationnelle : santé générale	Espérance de vie à 65 ans, en années	2007-2009
	Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2007-2009
		Équité interprovinciale des dépenses de santé	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	2011

* Les indicateurs présentés sont ceux pour lesquels il est possible de comparer la donnée provinciale aux données internationales.

** Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
	40,0%	58,5%	44,4%	41,9%	72,1%	61,7%	46,9%	54,4%	62,0%	86,7%	63,7%	72,1%	52,9%	49,7%
	80,1%	66,0%	54,8%	68,5%	57,0%	83,8%	50,5%	46,0%	58,4%	69,9%	66,6%	100,0%	47,8%	12,5%
	89,5%	94,5%	94,5%	95,4%	98,4%	99,4%	95,9%	96,4%	98,9%	100,0%	100,0%	83,6%	83,6%	83,6%
	85,8%	85,8%	78,2%	78,2%	80,6%	88,7%	76,0%	78,2%	85,8%	95,0%	85,8%	95,0%	95,0%	95,0%
	91,7%	82,5%	78,5%	78,8%	80,5%	78,1%	82,0%	84,1%	85,6%	82,1%	80,7%	81,6%	81,1%	97,4%

MÉDIAGRAPHIE

ALLIANCE MONDIALE POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2013). *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*, Genève, OMS, 90 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2014). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 153 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2013). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2013 – Résultats et analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, 107 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2012). *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 43 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 164 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 – Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 136 p.

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec